



HAL
open science

Animation et communication avec les personnes âgées institutionnalisées

Aline Rebert

► **To cite this version:**

Aline Rebert. Animation et communication avec les personnes âgées institutionnalisées. Médecine humaine et pathologie. 2010. hal-01885706

HAL Id: hal-01885706

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01885706v1>

Submitted on 2 Oct 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

ECOLE D'ORTHOPHONIE DE LORRAINE

Directeur : Professeur C. SIMON

**ANIMATION ET COMMUNICATION AVEC LES PERSONNES
AGEES INSTITUTIONNALISEES**

Elaboration d'un livret d'information sur la communication avec les personnes âgées institutionnalisées, à destination d'une association de bénévoles intervenant pour l'animation en maison de retraite

**Mémoire présenté pour l'obtention du
CERTIFICAT DE CAPACITE D'ORTHOPHONISTE**

Par

Aline REBERT

Juin 2010

JURY :

Président : Monsieur le Professeur Yves Ferraton, directeur de l'Institut de Musicologie de Nancy

Rapporteur : Madame Brigitte Bochet, orthophoniste

Assesseur : Madame le Docteur Marie-Agnès Manciaux, médecin gériatre.

Je tiens à remercier le Professeur **Ferraton**, Madame **Bochet** et Madame le Docteur **Manciaux** d'avoir accepté de constituer le jury de ce mémoire, ainsi que pour tous les conseils et le soutien qu'ils ont pu m'apporter au cours de l'élaboration de celui-ci.

J'adresse des remerciements tout particuliers à Monsieur le Docteur **Bouché**, président de l'Association de Bénévoles de la Roselière, ainsi qu'à tous les membres de l'Association, sans qui ce mémoire n'aurait pu voir le jour, pour leur participation, leur aide et leur soutien. Je voudrais également témoigner ma gratitude aux membres du personnel de la Roselière, ainsi qu'à la direction de l'établissement, qui m'ont si bien accueillie lors de mes expérimentations, ainsi qu'à tous les résidents de la maison, sans qui rien n'aurait été possible.

Je voudrais également remercier les membres du personnel de la maison de retraite Hotelia, où j'ai pu effectuer un stage qui m'a permis de nourrir mes réflexions sur les personnes âgées institutionnalisées et leur communication.

Enfin, je voudrais dire un immense merci à tous les membres de ma famille, ainsi qu'à tous mes amis, pour m'avoir soutenue et guidée, tant au cours de ce travail que tout au long de mes études.

Sommaire

Introduction	7
PARTIE THEORIQUE	9
Chap. I Le vieillissement.....	10
I. Définitions	10
A. Dictionnaire de vulgarisation.....	10
B. Dictionnaire d'orthophonie.....	12
II. Le vieillissement en santé	12
A. Perturbations sensorielles	14
1. Troubles de l'audition.....	14
2. Troubles de la vision.....	15
B. Fonctions cognitives	16
1. Attention.....	16
2. Mémoire.....	17
3. Langage.....	19
III. Pathologies fréquemment rencontrées au cours du vieillissement.....	21
A. Troubles de la déglutition.....	21
B. Troubles respiratoires.....	22
C. Accidents Vasculaires Cérébraux (AVC)	23
D. Démences	25
E. Mais aussi.....	27
1. Les affections somatiques	27
2. Les affections psychiatriques.....	27
3. La maladie de Parkinson	27
Chap. II L'accueil et l'animation en institution.....	29
I. Les institutions	29
A. Les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD)	29
B. Les Unités de Soins de Longue Durée (USLD)	30
II. L'animation dans ces institutions.....	31
A. Qu'est-ce que l'animation ?	31
1. Quelques définitions	31
2. Animer en établissement pour personnes âgées.....	32
B. L'animateur.....	34
1. Différents types de formations	34
2. Le rôle de l'animateur	35
Au sein de l'institution.....	35
Au cœur de l'activité	36

Chap. III Communication avec les personnes âgées	38
I. Quelques rappels sur la communication	38
II. Spécificités de la communication chez l'adulte vieillissant et adaptations nécessaires	42
III. Musique et langage	44
Chap. IV Musicothérapie	46
I. Historique et définitions	46
II. Méthodes et techniques musicothérapeutiques	47
A. Musicothérapie réceptive	47
B. Musicothérapie active	48
III. Différents lieux d'utilisation de la musicothérapie	49
IV. Orthophonie et musicothérapie	51
A.auprès des adultes	51
1. la mélodithérapie	51
2. le chant	52
3. l'écoute musicale	52
B. auprès des enfants	53
Hypothèses et problématique	54
PARTIE PRATIQUE	56
Protocole	57
Chap. I Présentation de l'établissement et de l'association	57
I. Présentation de l'établissement	57
A. Un peu d'histoire	57
B. Population accueillie	58
C. Personnel	61
D. La vie quotidienne à la Roselière	62
E. Surveillance médicale	63
F. Ouverture sur l'extérieur	63
G. Projet d'établissement, projet de vie	64
H. Animation	65
I. Dernières actualités	65
II. Présentation de l'Association de Bénévoles	66
Chap. II Dispositif expérimental	68
I. Réalisation du questionnaire	68
Description du questionnaire	68
II. Observation des animations	70

Chap. III Description du questionnaire et analyse des réponses données	71
.....	
I. Population visée (questions 1, 2 et 3)	71
A. Informations recherchées par les différentes questions et données recueillies	71
B. conclusions tirées de ces données.....	76
II. Connaissances en matière de communication et d'orthophonie (questions 4, 5, 6 et 10).....	76
A. Informations recherchées par les différentes questions et données recueillies.....	76
B. Conclusions tirées de ces données	82
III. Déroulement des animations et organisation de l'établissement (questions 7, 8, 9 et 11).....	83
A. Informations recherchées par les différentes questions et données recueillies	83
B. Conclusions tirées de ces données	90
IV. Attentes en matière de communication (question 12).....	91
A. Informations recherchées par les différentes questions et données recueillies	91
B. Conclusions tirées de ces données	92
Chap. IV Analyse des observations des animations.....	93
I. Différentes animations observées	93
II. Points positifs et points négatifs relevés lors des différentes animations	95
A. Points positifs	95
B. Points négatifs	96
III. Conclusion	97
Rédaction du livret.....	99
Chap. I Informations sélectionnées	99
I. Livret général	99
A. Rappels sur la communication.....	100
B. Les personnes âgées institutionnalisées : pathologies rencontrées et conseils adaptés	100
1. aphasie	101

2. troubles de l'audition	103
3. démences	104
4. troubles de la vision	106
C. Et l'orthophoniste, dans tout ça ?	107
D. Propositions d'animations	109
1. Ateliers d'écriture	109
2. Portfolio.....	111
3. Cinq sens.....	112
4. Revues de presse.....	112
5. Mime, jeux de rôle	113
6. Jeux sur les mots.....	113
7. Expression artistique	114
8. Jeux de société.....	114
E. Quelques livres intéressants.....	115
F. Conclusion	116
II. Feuillet sur l'utilisation de la musique.....	116
A. Deux manières d'utiliser la musique	117
1. En réception.....	117
2. En production.....	118
B. Quelques animations possibles	118
1. écoute musicale.....	118
2. évocation	119
3. illustrations d'histoires.....	119
4. lotos sonores	119
5. description des émotions	120
6. production.....	120
Chap. II Rédaction et mise en page	121
I. Mise en page.....	121
II. Rédaction	122
III. Relectures	122
Conclusion	124
Repères bibliographiques	126
Annexes	130

Introduction

Au cours d'un stage que nous avons effectué dans une maison de retraite alsacienne, nous avons eu l'occasion de découvrir le fonctionnement de l'animation dans ce genre d'établissement. Dans cet endroit précis, celle-ci était mise en place par une animatrice, employée de la maison, en collaboration avec une association de bénévoles. C'est au fur et à mesure de rencontres avec ces bénévoles et avec les résidents de l'institution que plusieurs questionnements se sont imposés à nous : quelles formations ces bénévoles ont-ils reçues, comment s'adaptent-ils aux personnes pathologiques qu'ils sont susceptibles de rencontrer lors de leurs animations, et de quelles manières peuvent-ils, à leur niveau, favoriser la communication de ces personnes pathologiques, quelles informations pouvons-nous leur apporter en notre qualité d'orthophoniste concernant la communication ?

En effet, de nombreux auteurs relatent l'importance de la communication dans la prise en charge des personnes âgées. Y. Gineste et J. Pellissier, dans leur ouvrage *Humanitude*¹, racontent l'amputation sous péridurale d'une patiente âgée

« À qui l'on avait dit qu'elle allait simplement être opérée d'un problème circulatoire. Le chirurgien avait jugé inutile de l'informer. Cette dame n'a appris qu'elle n'avait plus de jambe que lorsque le champ opératoire a été enlevé sous ses yeux... Elle est décédée trois jours plus tard. ».

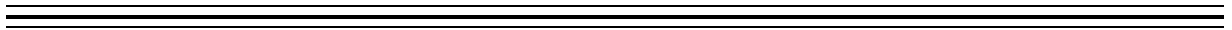
De tels exemples sont courants dans les services de gérontologie, et nous font penser que la communication est un pilier essentiel au bien-être des personnes institutionnalisées, qu'il s'agisse d'une communication avec le personnel soignant, mais aussi avec les bénévoles présents dans les établissements et avec les familles. Or, lors de notre cursus, nous avons découvert divers moyens pour favoriser la communication des personnes en difficulté, qu'il s'agisse d'enfants, d'adolescents, d'adultes ou de personnes âgées. Nous avons donc également voulu en savoir davantage sur ces différents moyens, et savoir de quelle manière les bénévoles, au cours de leurs activités, peuvent les mettre en œuvre avec les personnes qu'ils rencontrent.

¹ *Humanitude, Comprendre la vieillesse, prendre soin des Hommes vieux*, Paris, Armand Colin, 2007, p. 161.

Ainsi, nous avons souhaité élaborer un livret d'informations concernant la communication avec les personnes âgées institutionnalisées, à destination des bénévoles intervenant pour l'animation en établissements pour personnes âgées. Pour ce faire, il nous a semblé intéressant de travailler en contact avec les bénévoles de l'association que nous avons rencontrée. Nous avons voulu que ce livret puisse apporter des informations intéressantes qui puissent servir de manière concrète à ces bénévoles. C'est pourquoi, afin de savoir quelles informations pourraient leur être utiles, nous leur avons proposé un questionnaire, et nous sommes allée assister aux différentes activités qu'ils animent avant de réaliser le livret.

Nous présenterons donc dans un premier temps les données théoriques sur lesquelles nous nous sommes appuyée pour élaborer notre questionnaire et pour étayer nos observations. Puis, dans une deuxième partie, nous présenterons notre démarche : réalisation et passation du questionnaire, observations effectuées. Enfin, nous présenterons la réalisation du livret en lui-même : choix des informations à apporter, rédaction et mise en page, relectures.

PARTIE THEORIQUE



Avant de commencer nos observations et la réalisation de notre questionnaire, et afin de pouvoir les étayer, nous avons enrichi nos connaissances sur le sujet à travers de nombreuses lectures. Nous avons ensuite pu sélectionner les informations qui nous paraissaient utiles à l'élaboration de notre recherche et allons les présenter ici. La plupart de ces lectures se sont effectuées avant nos démarches expérimentales, mais, au fur et à mesure de l'avancée de ces dernières, d'autres informations nous ont été utiles, que nous sommes allée rechercher. Par exemple, nous avons recherché des informations supplémentaires pour l'élaboration du livret en lui-même. C'est donc un perpétuel aller-retour qui s'est dessiné entre données théoriques et démarche pratique.

Chap. I Le vieillissement

I. Définitions

A. Dictionnaire de vulgarisation

- *Vieillesse² : n. f. (de vieil).*

- I. 1. Physiologie. Période ultime de la vie, succédant à la maturité, caractérisée par une lente détérioration physiologique et, parfois, psychologique.
 2. Sénescence.
 3. [singulier collectif] les personnes âgées.
- II. [par analogie, en parlant de choses] Rare. Longue durée ; ancienneté.

² C. Setton (sous la direction de), *Dictionnaire de la langue française*, Paris, SGED-Encyclopédie Bordas, 1995, Vol. II, p. 2044.

▪ **Vieillir³** : v.

I. v. *intr.* 1. Aller vers la vieillesse, prendre de l'âge, devenir plus vieux. *Bien, mal vieillir* : s'adapter ou non à la vieillesse.

2. Etre peu à peu marqué par les signes de la vieillesse.

3. Se démoder, perdre de son efficacité, de sa pertinence avec le temps.

4. Acquérir avec le temps certaines qualités. *Le vin a bien, mal vieilli*, s'est bonifié, a perdu de ses qualités avec le temps.

II. v. *tr.* 1. Rendre (quelqu'un, quelque chose) plus vieux ; faire paraître plus vieux.

2. Donner à (quelqu'un) un âge supérieur à son âge réel.

▪ **Sénescence⁴** : n.f. (du latin *senescere* « vieillir »)

Physiologie. Processus de vieillissement des tissus et des organes, après l'époque de la maturité.

▪ **Sénile⁵** : adj. (latin *senilis*, de *senex* « vieillard »)

Relatif à la vieillesse ; qui traduit la vieillesse.

▪ **Sénilisme⁶** : n.m. (de *sénile*)

Médecine. Sénilité précoce, vieillissement anormal.

▪ **Sénilité⁷** : n.f. (de *sénile*)

Caractère d'une personne sénile, de ce qui est sénile.

³ *Ibid.*, p. 2044-2045.

⁴ *Ibid.*, p. 1816.

⁵ *Ibid.*

⁶ *Ibid.*

⁷ *Ibid.*

B. Dictionnaire d'orthophonie⁸

Gériatrie : branche de la médecine s'occupant des maladies des personnes vieillissantes. La gériatrie s'attache d'une part à l'étude biologique des phénomènes responsables du vieillissement pour en diminuer les effets, d'autre part à tout ce qui concerne l'hygiène et le mode de vie propres aux personnes âgées (avec notamment ces dernières années le développement des métiers liés à une politique de santé favorisant le maintien à domicile des personnes), d'autre part enfin aux soins et thérapies adaptées aux maladies plus spécifiques des personnes âgées (exemple : les maladies de la prostate chez l'homme ou l'ostéoporose chez la femme, les maladies dégénératives).

Gérontologie : 1) étude des modifications du corps humain liées à la sénescence.

2) études démographiques, économiques, psychologiques, sociologiques, des problèmes socio-économiques liés à la démographie sans cesse croissante des personnes âgées dans les pays occidentaux : âge de la retraite, aides financières, construction d'établissements de soins, etc. Les problèmes médicaux de la gérontologie constituent le domaine de la gériatrie.

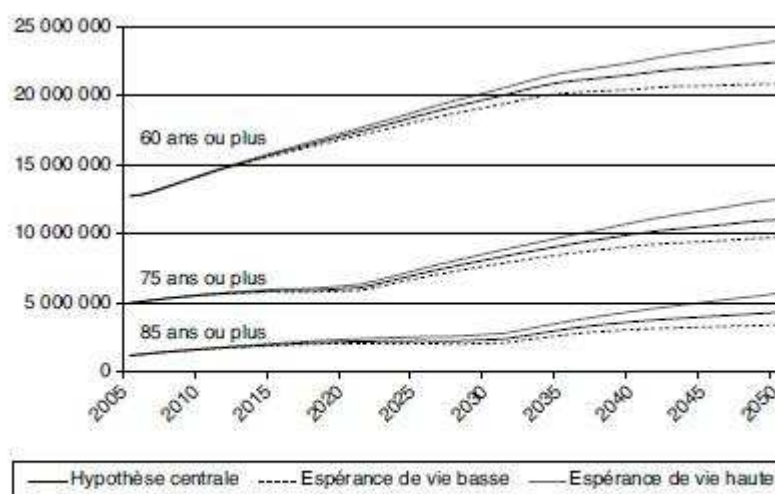
II. Le vieillissement en santé

Depuis plusieurs décennies, on observe un net vieillissement de la population. En effet, alors qu'en 1800 les plus de 65 ans ne représentaient que 8,9% de la population, ils atteignaient, dans les années 1990, 20% de la population⁹. D'après les

⁸ F. Brin, C. Courrier, E. Lederle, V. Masy, *Dictionnaire d'orthophonie*, Isbergues, Ortho édition, 2004, p. 108.

⁹ N. Lairez-Sosiewicz, *Vivre l'animation auprès des personnes âgées*, Lyon, Chronique sociale, 2008, p.11.

prévisions, près d'un habitant sur trois aurait plus de 60 ans d'ici à 2050, contre un sur cinq en 2005¹⁰.



Champ : France métropolitaine.

Source : projections de population 2005-2050, Insee.

Figure 1: Nombre de personnes âgées de 60, 75 et 85 ans ou plus selon les hypothèses de mortalité¹¹

Pourtant, vieillissement ne signifie pas forcément maladie, même si la vieillesse annonce la fin de la vie. Il est donc important de continuer à respecter les droits de la personne âgée. En effet, on parle actuellement de plus en plus de « vieillissement en santé ». De plus en plus de personnes âgées continuent à vivre chez elles (seuls 10% des personnes âgées entrent en maison de retraite¹²). Cependant, même chez les personnes âgées en bonne santé, on retrouve un certain nombre de modifications (physiques, cognitives, psychiques) lors du vieillissement, qu'il est important de connaître pour pouvoir les prendre en compte lors de nos interactions avec ces personnes.

¹⁰ I. Robert-Bobée, « Projection de la population 2005-2050, Vieillissement de la population en France métropolitaine », in *Insee, Economie et Statistique n°408-409* [consulté le 19/03/2010, http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/Ecostat_D.pdf], p. 95.

¹¹ *Ibid.*

¹² N. Lairez-Sosiewicz, *Vivre l'animation auprès des personnes âgées*, Lyon, Chronique sociale, 2008, p.11.

A. Perturbations sensorielles

Les troubles de l'audition et troubles de la vision sont récurrents chez les personnes âgées. C'est ce que l'on appelle la presbyacousie et la presbytie.

1. Troubles de l'audition

On pense que 30% environ des personnes âgées de plus de 65 ans (et 35% des personnes de plus de 75 ans) souffriraient d'un trouble auditif suffisamment important pour qu'il puisse avoir une incidence sur la vie quotidienne¹³.

Au niveau social et relationnel, les troubles de l'audition sont fortement handicapants : la personne malentendante est souvent sujette à moqueries, voire à la colère de ses interlocuteurs, qui lui reprochent de ne pas « écouter » ce qu'ils disent. Cela induit un risque important d'isolement relationnel. En effet, avant d'être une réelle hypoacousie, la presbyacousie (cause de loin la plus fréquente de troubles de l'audition chez la personne âgée) se manifeste par des difficultés de compréhension, surtout dans les endroits bruyants (discussion en groupe, repas de famille...). Il est très important que le médecin traitant soit attentif à ce genre de troubles, pour pouvoir prendre les devants et proposer un appareillage efficace auquel le patient pourra s'adapter progressivement, cela afin d'éviter l'isolement social au maximum. Un bilan ORL et audiométrique doit être réalisé, afin d'évaluer les besoins spécifiques du patient et d'adapter l'appareillage. Souvent, le médecin (ou tout autre professionnel en contact avec la personne âgée) va être alerté par une plainte de la famille concernant des changements de comportement, des réponses « à côté » (la question n'ayant pas été comprise correctement).

La presbyacousie ne pouvant être traitée, seules les prothèses auditives sont proposées, pour pallier les difficultés du patient. Cependant, la réadaptation prothétique se heurte à trois difficultés : financière (la prise en charge par la sécurité

¹³ Y. Kagan, *Dictionnaire de pratique gérontologique*, Paris, Frison-Roche / Specia, 1996, p.129-131.

sociale est dérisoire), psychologique (le port de prothèse est souvent vécu comme honteux), technique (nécessité d'une amplification prédominant sur les aigus, seuil de saturation rapidement atteint en cas de phénomène de recrutement...).

Dans tous les cas de troubles de l'audition, il est important de s'adapter pour parler à une personne malentendante :

- S'éloigner des sources de bruit ;
- Attirer l'attention avant de parler ;
- Se mettre face à l'interlocuteur ;
- Parler clairement en articulant bien, sans crier ;
- Faire des phrases courtes ;
- Parler à voix grave (il s'agit le plus souvent d'une surdité de perception avec un déficit prédominant dans les aigus) ;
- Faire preuve de patience : ne pas hésiter à répéter en modifiant la phrase et/ou le ton.

2. Troubles de la vision

Toute baisse de la vision est un problème important à prendre en compte. En effet, en dehors des répercussions évidentes que sont l'altération de l'autonomie et le risque d'isolement social, d'autres conséquences importantes existent : altération de la marche et de l'équilibre, ce qui induit un risque plus important de chutes.

Une baisse brutale de la vision est à considérer comme une urgence, le but étant de sauver au maximum l'œil atteint.

D'autres symptômes, moins souvent rapportés par les patients car moins spectaculaires, peuvent également être le signe de pathologies : perception de petits éclairs lumineux, de scintillements intermittents, modifications de l'aspect ou recrudescence des phénomènes de mouches volantes, métamorphopsies ou déformations des images, éblouissements à la lumière vive. Dans ces cas là, il est important de proposer au patient une consultation ophtalmologique.

Il est possible également d'orienter le patient vers la réadaptation (prise en charge orthoptique).

Même si le patient ne présente aucune pathologie ophtalmologique, la sénescence rétinienne altère l'adaptation de la vision nocturne, ce qui est un facteur de risque de chute. Il est donc important de réaliser certaines adaptations : améliorer les éclairages tout en évitant les éblouissements.

Il est également important de réaliser des adaptations pour la vision de près (en particulier pour la lecture, en ce qui nous concerne) par différents systèmes d'aide visuelle.

B. Fonctions cognitives

On observe chez les personnes âgées, sans que cela ne soit pathologique, des variations de l'attention, de la mémoire et du langage, par rapport aux personnes adultes plus jeunes. Associée à ces variations, on retrouve également une certaine lenteur dans l'exécution des tâches et dans les fonctions cognitives.

1. Attention

Les études¹⁴ suggèrent que les capacités d'attention sélective, c'est-à-dire les capacités à traiter de façon efficace et rapide une information particulièrement pertinente pour une tâche en cours, sont préservées lors du vieillissement normal. Cela implique que la personne âgée est capable d'orienter ses ressources mentales vers une source d'information ou un stimulus, et est capable d'inhiber les informations non pertinentes pour la tâche qu'elle est en train de réaliser.

Au niveau de l'orientation spatiale, c'est-à-dire la capacité à orienter notre attention dans l'environnement pour pouvoir réagir aux événements qui y

¹⁴ K. Dujardin et P. Lemaire, *Neuropsychologie du vieillissement normal et pathologique*, Issy-les-Moulineaux, Elsevier-Masson, 2008, p.30-40.

surviennent, il semble que les personnes âgées concentrent leur attention sur un espace plus restreint.

Les personnes âgées semblent également désavantagées dans leurs tâches par la survenue d'éléments distracteurs, ce qui laisse penser que leurs capacités d'inhibition sont amoindries. L'inhibition correspond à la capacité à ne pas orienter son attention vers une source d'information qui attire automatiquement l'attention.

De même, il semble que les personnes plus âgées aient une attention soutenue diminuée, c'est-à-dire qu'elles semblent moins capables de maintenir un niveau d'attention constant sur un laps de temps plutôt long.

Enfin, on observe un vieillissement de l'attention partagée (fait de tenir compte de plusieurs informations en même temps) : les personnes âgées ont plus de difficultés à préparer plusieurs tâches à la fois, à partager leur attention sur la réalisation de deux tâches simultanées.

Il est à noter que plusieurs facteurs induisent des modifications interindividuelles sur le plan de l'attention : niveau de scolarisation, stimulation cognitive lors des loisirs, condition physique de la personne.

2. Mémoire

Plusieurs systèmes constituent notre mémoire.

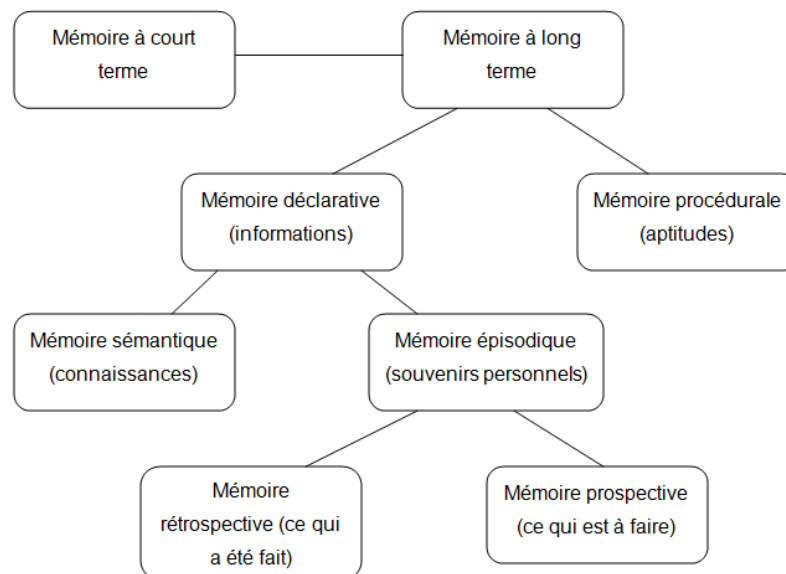


Figure 2. Différents systèmes de la mémoire

Tous ces systèmes sont plus ou moins touchés par le vieillissement.

En **mémoire déclarative**, les études¹⁵ (tâches de rappel libre, de rappel indicé et de reconnaissance) ont montré que la mémoire épisodique rétrospective, c'est-à-dire les souvenirs de faits passés, se détériore au cours du vieillissement. Il en va de même pour la mémoire prospective, qui correspond au souvenir d'une action à réaliser dans le futur, mais celle-ci est plus facilement compensée par des aides externes (aide-mémoire...).

La mémoire sémantique (connaissance des mots, du vocabulaire) semble stable au cours du vieillissement, mais on observe des difficultés pour récupérer les mots au fur et à mesure de l'avancée en âge, ce qui laisse penser que certains aspects de la mémoire sémantique sont touchés, même si l'organisation des connaissances et du vocabulaire stockés reste stable.

Enfin, il semble que les empan de mémoire de travail soient déficitaires chez les sujets âgés.

En ce qui concerne la **mémoire procédurale**, qui correspond aux aptitudes du sujet à réaliser certaines tâches, il semble qu'elle ne soit pas touchée par les effets du vieillissement, ce type de réalisations étant largement automatisé et n'impliquant pas la conscience du sujet.

Les effets du vieillissement sont les plus importants en ce qui concerne la **mémoire épisodique**. En effet, le processus d'encodage, première étape de la mémorisation, serait plus difficile à réaliser par les personnes âgées et ne serait pas suffisamment élaboré (pas d'associations sémantiques, d'encodage profond). De plus, le processus de récupération est également particulièrement affecté par le vieillissement (difficulté de mise en œuvre spontanée de stratégies efficaces de récupération).

Il semble que des facteurs extérieurs à la mémoire entrent en ligne de compte également ici : réduction de la vitesse de traitement des informations (le temps de réponse des sujets âgés serait environ une fois et demi plus long que celui des sujets jeunes). D'après Salthouse¹⁶, le ralentissement de traitement expliquerait la

¹⁵ *Ibid.*, p.47-49.

¹⁶ *Ibid.*, p.52-53.

modification des performances liées à l'âge dans une grande variété de tâches cognitives et notamment la mémoire. De plus, les personnes âgées ont des ressources attentionnelles réduites. Or, les opérations d'encodage et de récupération de la mémoire sont les plus coûteuses en ressources attentionnelles (Anderson et al.¹⁷). D'une manière générale, les tâches de mémoire les plus touchées par le vieillissement seraient celles qui impliquent l'investissement en ressources attentionnelles le plus important et qui sont le moins associées à un support environnemental supposé guider la recherche en mémoire.

3. Langage

Ce sont les représentations infra-lexicales orthographiques (lettres, graphèmes) et phonologiques (phonèmes, syllabes) qui nous permettent d'utiliser le langage dans ses modalités d'entrée et de sortie, à l'oral et à l'écrit. Ces unités sont connectées aux représentations des mots stockés dans le lexique interne. Les mots sont ensuite connectés entre eux pour former des unités langagières plus grandes, les phrases. Ces phrases sont généralement intégrées dans des représentations dites de plus haut niveau, les textes et le discours.

Au moment de la production lexicale, on sélectionne les représentations lexicales que l'on veut utiliser, puis on récupère leurs représentations phonologiques et on les utilise pour retrouver les programmes moteurs permettant l'articulation ou la réalisation graphique des phonèmes et des syllabes qui constituent les mots. L'un des problèmes cognitifs les plus gênants pour les personnes âgées au niveau du langage est le manque du mot, ou « phénomène du mot sur le bout de la langue » : l'information est disponible en mémoire, mais la personne n'y a pas accès à un moment donné. En général, la personne a des informations sur le mot recherché (longueur, phonèmes contenus dans le mot, informations sémantiques...), mais ne parvient pas à retrouver le mot en entier. D'après les études de Burke et al¹⁸, il semble que les noms propres soient particulièrement plus difficiles à récupérer avec

¹⁷ *Ibid.*, p.53-54.

¹⁸ *Ibid.*, p. 83-84.

l'avancée en âge. De plus, les personnes âgées de plus de 70 ans rapportent moins d'informations partielles sur le mot recherché.

Au niveau de l'**accès au lexique**, Troyer et al¹⁹ ont observé une diminution des performances aux tests de fluence sémantique chez les personnes âgées. Ils relèvent davantage de regroupements sémantiques ou phonologiques, ainsi qu'un nombre plus important de répétitions dans les productions des personnes âgées. Cependant, les performances de fluences littérales (mots commençant par une lettre donnée) ne sont pas ou peu influencées par l'âge.

Au niveau des **productions supra lexicales**, les travaux de Kemper et al²⁰ (the Nun Study) sur les productions écrites montrent que la complexité grammaticale et la densité propositionnelle diminuent avec l'âge (simplification de la structure grammaticale au cours du vieillissement). Au niveau des productions orales, les personnes âgées utilisent un registre de discours qui se simplifie grammaticalement au cours des années et dont le contenu propositionnel est de plus en plus réduit. On observe une diminution de la cohérence globale, même si le discours est jugé plus intéressant et plus narratif que celui des adultes jeunes, la personne âgée ayant tendance à s'éloigner du sujet traité (diminution de la capacité d'inhibition des informations non pertinentes). Une étude de Mitzner et Kemper²¹ a montré que le discours écrit des personnes âgées est plus complexe que le discours oral au niveau grammatical et conceptuel, mais que la complexité des productions écrites dépend beaucoup du niveau d'éducation des individus.

Plusieurs hypothèses sont avancées pour expliquer les performances langagières des adultes âgés :

- d'après Salthouse²², la diminution des performances observées lors du vieillissement est liée à la diminution de la vitesse de traitement des informations.
- Hasher et Zacks²³ parlent d'un déficit d'inhibition : les adultes âgés auraient des difficultés à inhiber les informations non pertinentes à la réalisation d'une tâche en cours

¹⁹ *Ibid.*, p. 84-86.

²⁰ *Ibid.*, p. 86-87.

²¹ *Ibid.*, p. 88.

²² *Ibid.*, p. 96-97.

²³ *Ibid.*, p. 97.

- Pour Baltes et Lindenberger²⁴, ce sont les déficits sensoriels qui, induisant une dégradation du message perçu, seraient à l'origine d'un déficit de traitement de l'information.

III. Pathologies fréquemment rencontrées au cours du vieillissement

A. Troubles de la déglutition

Les troubles de la déglutition sont très facilement identifiables lorsqu'on est le témoin d'un reflux nasal (régurgitation par le nez) ou d'une fausse route (caractérisée par une toux et une sensation d'étouffement à la déglutition). Cependant, les troubles de la déglutition peuvent également se manifester de façon bien plus insidieuse : voix « mouillée », stases alimentaires, dénutrition, fièvre inexplicée (liée à une infection pulmonaire suite à des fausses routes répétées et passées inaperçues). Il est important d'y prendre garde, afin d'éviter toute complication : enclavement trachéal brutal, déshydratation, dénutrition, pneumopathie d'inhalation.

Souvent, ces troubles de la déglutition sont liés à un trouble de la vigilance, celui-ci étant très souvent induit par un surdosage en psychotropes. Dans ces cas, il est cependant nécessaire d'avoir un avis ORL, pour confirmer l'absence de toute cause oropharyngée.

Lorsque la vigilance est normale et que les facteurs ORL sont éliminés ou corrigés, les troubles de la déglutition sont généralement liés à une pathologie neurologique, la plus fréquente étant la paralysie centrale vélo pharyngée consécutive à un AVC.

Dans les cas où la déglutition n'est plus possible (paralysie trop importante, complications de pneumopathie d'inhalation, amaigrissement inquiétant), il est nécessaire de mettre en place un autre type d'alimentation (ou une alimentation

²⁴ *Ibid.*, p. 97.

complémentaire) : perfusion, sonde nasogastrique, gastrostomie. Cette solution peut être soit transitoire, soit définitive.

Lorsqu'il est possible de poursuivre l'alimentation, une rééducation orthophonique et un suivi de la réalimentation sont nécessaires : travail des praxies bucco-linguo-faciales, choix des aliments (homogènes et semi-solides, pâteux plutôt que semi-liquides), installation, temps nécessaire à l'alimentation, apprentissage de manœuvres de déglutition. Pour l'hydratation, on peut utiliser de l'eau gélifiée, des épaississants, ou un appoint par perfusion sous-cutanée.

Alimentation et hydratation²⁵

- Privilégier les aliments de consistance épaisse : purée, viandes et poissons mixés lisses, omelette de consistance homogène, petits-suisseuses, flans, compotes épaisses...
- Epaissir les liquides : lait avec farines ou poudre à flan, potages avec flocons de purée instantanée, épaississants en vente en pharmacie
- Envisager des compléments nutritifs protéinés de consistance suffisamment pâteuse
- Utiliser de l'eau gélifiée

B. Troubles respiratoires

Au cours du vieillissement, on observe une diminution de la toux réflexe. Celle-ci s'associe à diverses pathologies engendrant des difficultés respiratoires.

La dyspnée correspond à une sensation subjective de gêne respiratoire. Elle n'est pas toujours ressentie ou exprimée. Cependant, devant toute dyspnée, qu'elle soit d'apparition brutale ou progressive, le médecin devra rechercher toutes les causes possibles : dyspnées organiques, dyspnée liée à l'anxiété...

Dans tous les cas, la dyspnée de la personne âgée est à prendre en compte, car il n'y a pas de dyspnée physiologique au cours du vieillissement.

²⁵ Y. Kagan, *Dictionnaire de pratique gériatrique*, Paris, Frison-Roche / Specia, 1996, p. 211-214.

Lorsque le patient arrive en fin de vie, on trouve souvent une dyspnée agonique. Le traitement sera ici symptomatique, avec pour objectif de diminuer l'angoisse du malade et de son entourage, de diminuer la fréquence respiratoire et l'encombrement. Pour ce faire, la relation humaine est très importante (calme et disponibilité de l'équipe soignante). On va utiliser des anxiolytiques et des myorelaxants, de la morphine pour atténuer les douleurs, des corticoïdes (anti-inflammatoires).

C. Accidents Vasculaires Cérébraux (AVC)

Les Accidents Vasculaires Cérébraux (AVC) correspondent à l'installation plus ou moins rapide d'un déficit neurologique à la suite d'une perturbation de la circulation sanguine dans un territoire cérébral, soit par occlusion artérielle (accident ischémique cérébral), soit par hémorragie. Les manifestations cliniques peuvent être multiples, selon les territoires cérébraux touchés, et selon qu'il s'agisse d'une cause ischémique (75 à 85% des AVC) ou hémorragique (15 à 25% des AVC)²⁶.

On compte entre 120 000 et 160 000 nouveaux cas d'AVC en France chaque année. C'est la première cause de handicap chez l'adulte, la deuxième cause de démence et l'une des trois majeures causes de mortalité dans les pays occidentaux (15 à 20% des patients décèdent au terme du premier mois post-AVC, et on observe des séquelles fonctionnelles chez 60 à 75% des survivants)²⁷. Les séquelles sont liées aux troubles moteurs, aux troubles cognitifs et comportementaux et aux syndromes anxiodépressifs consécutifs à l'AVC.

Différents facteurs de risque ont été mis en évidence : hypertension artérielle, maladies cardiaques, antécédents d'accident ischémique cérébral, sténose carotidienne, tabagisme, alcool, diabète, hypercholestérolémie, sédentarité.

Les déficits liés à l'AVC sont fonction de la zone cérébrale touchée par l'accident. Cependant, on retrouve certains troubles de manière assez fréquente : aphasies de différents types (fluentes ou non fluentes, sensorielles, motrices, de

²⁶K. Dujardin et P. Lemaire, *Neuropsychologie du vieillissement normal et pathologique*, Issy-les-Moulineaux, Elsevier-Masson, 2008, p.138.

²⁷ *Ibid.*

conduction, totales, mixtes, amnésiques, transcorticales), agnosies, apraxies, hémiparalysies, hémipareses, hémipareses négligences, hémipareses, anosognosies, désorientations, syndromes dysexécutifs, déficits mémoriels, paralysies faciales, dysarthries, troubles de la déglutition.

Tout épisode d'AVC, en particulier chez les personnes âgées, constitue une urgence, car il faut prévenir les complications (conséquences directes de l'AVC et/ou conséquences de l'alitement, de l'immobilisation), limiter le développement de lésions définitives et si possible éviter une récurrence dans un autre territoire cérébral. L'hospitalisation est pratiquement toujours indispensable.

A la phase aiguë, les patients sont orientés vers des unités de soins intensifs neurovasculaires. Ces unités permettent une prise en charge pluridisciplinaire, médicale et paramédicale (kinésithérapeute, ergothérapeute, orthophoniste, assistante sociale). Plusieurs actions sont à mener parallèlement à ce moment là :

- Apprécier la vigilance du patient, indication pronostique importante : une stupeur ou un coma d'emblée ou d'apparition rapide sont péjoratifs ;
- Réaliser une démarche diagnostique rigoureuse (diagnostiquer avec précision les différents troubles, les risques) ;
- Rechercher des troubles de déglutition qui contre-indiqueraient au moins transitoirement une alimentation orale ;
- Discuter l'indication d'une héparinothérapie dite curative (le but étant de réduire le risque de thrombose veineuse profonde) ;
- Entamer un traitement antiagrégant plaquettaire en cas d'accident ischémique ;
- Veiller à un certain nombre de mesures de base : oxygénation correcte, prévention ou correction de troubles métaboliques (déshydratation, décompensation d'un diabète...) ;
- Démarrer sans délai la réadaptation kinésithérapique et orthophonique ;
- Prévenir une éventuelle dépression.

Une proportion importante de patients est suivie ensuite en rééducation à distance, que ce soit auprès de praticiens libéraux dans le cas d'un retour à domicile, ou au sein de centres de réadaptation fonctionnelle.

Les séquelles d'AVC sont dominées par les troubles moteurs et troubles de la marche, et les troubles cognitivo-comportementaux (troubles de la mémoire, ralentissement des actions et atteinte des fonctions exécutives).

D. Démences

Différents types de démence peuvent toucher les personnes âgées. La plus connue et la plus fréquente d'entre elles est la **Maladie d'Alzheimer**, observée pour la première fois par le psychiatre allemand Alois Alzheimer²⁸. En effet, elle représente 35 à 50% de l'ensemble des syndromes démentiels²⁹. Son apparition est insidieuse, avec une absence complète de signes neurologiques directs. On a une détérioration progressive et globale des fonctions cognitives. Des troubles émotionnels et comportementaux apparaissent. Cela entraîne des difficultés à exécuter les tâches quotidiennes de la vie : se laver, s'habiller, préparer un repas, communiquer avec son entourage. Au niveau anatomique, on a une diminution du poids du cerveau et une dégénérescence de certaines cellules du système nerveux. Malheureusement, ces lésions ne sont réellement visibles qu'à l'autopsie, et le diagnostic de Maladie d'Alzheimer ne peut donc pas être posé avec certitude du vivant du patient, on ne peut que relever des symptômes qui nous font suspecter cette pathologie. On observe des déficits cognitifs, sans marqueur biologique ou neurologique clair. C'est donc de l'identification et de la compréhension de ces déficits cognitifs que dépendent le diagnostic et la prise en charge. Différentes fonctions cognitives sont touchées : les fonctions mnésiques (mémoire à court terme, mémoire de travail, mémoire épisodique, mémoire autobiographique), les fonctions attentionnelles, les fonctions exécutives, les fonctions instrumentales (langage, praxies, gnosies), le traitement des émotions. Le malade d'Alzheimer présente également des modifications comportementales, dont il n'a pas forcément conscience, ou en tout cas qu'il tend à sous-estimer. Stern parle de « réserve cognitive »³⁰ : il observe un maintien des capacités pour lesquelles le patient avait

²⁸ N. Lairez-Sosiewicz, *Vivre l'animation auprès des personnes âgées*, Lyon, Chronique sociale, 2008, p. 17.

²⁹ K. Dujardin et P. Lemaire, *Neuropsychologie du vieillissement normal et pathologique*, Issy-les-Moulineaux, Elsevier-Masson, 2008, p.106.

³⁰ *Ibid.*, p.117.

atteint un niveau d'expertise élevée avant sa maladie, ces capacités seraient alors moins vulnérables au processus démentiel. Il est important que la Maladie d'Alzheimer soit identifiée de manière très précoce, c'est-à-dire avant l'apparition de troubles cognitifs sévères, afin de pouvoir mettre en place des traitements (cognitifs et pharmacologiques) susceptibles d'aider le patient dans sa vie quotidienne. Pour ce faire, on réalise systématiquement une évaluation de la mémoire épisodique et des fonctions exécutives en cas de suspicion, ainsi que des tests de neuro-imagerie et de neuropathologie.

La deuxième cause de démences dégénératives après la Maladie d'Alzheimer est la **Démence à corps de Lewy**. Il s'agit d'une démence associée à des épisodes confusionnels fluctuants et à un syndrome psychiatrique sous forme d'hallucinations, d'idées délirantes et de troubles de l'humeur, tantôt isolément, tantôt accompagné ou suivi d'un syndrome parkinsonien. Au niveau neuropathologique, on observe une présence abondante et diffuse de corps de Lewy dans le système nerveux central, et plus particulièrement au sein du cortex. Elle survient en moyenne après 60 ans. Des déficits cognitifs sont souvent rencontrés en signe inaugural, et vont s'accompagner de troubles exécutifs, visuo-perceptifs, attentionnels et mnésiques. Les troubles comportementaux sont généralement précoces et d'emblée sévères : hallucinations visuelles récurrentes et détaillées, troubles du sommeil, épisodes anxieux, états dépressifs. On observe également des fluctuations du comportement et de la conscience, un syndrome parkinsonien (tremblements, troubles de la marche...). Actuellement, on propose un traitement aux inhibiteurs de l'acétylcholinestérase.

Dans tous les cas de démence, la prise en charge est très importante et spécifique. Tout type de démence, quel qu'il soit, engendre des difficultés relationnelles au niveau familial, la personne ne réagissant plus comme elle le faisait avant, devenant parfois agressive et très souvent dépendante. Ce bouleversement est très important à prendre en compte lors de la prise en charge de ces patients. De plus, l'équipe thérapeutique intervient ici dans un rôle d'accompagnement du malade et de son entourage, et non plus de guérison, ce dont il est important d'avoir conscience. Il sera donc primordial, après que le diagnostic ait été posé, d'évaluer les capacités et les difficultés du patient, afin de conseiller son entourage et de pouvoir adapter au mieux ses conditions de vie quotidienne. On proposera également au patient une prise en charge adaptée à ses besoins (rééducation,

psychothérapie, soins...). Cohen-Mansfield utilise des techniques de massages, de toucher thérapeutique, de musique, de stimulation sensorielle, de zoothérapie, d'interactions³¹ ... Dans tous les cas, il faut s'adapter au patient et à ses troubles.

E. Mais aussi...

1. Les affections somatiques

Chez les personnes âgées, toutes les affections somatiques (qui concernent le corps) ont tendance à submerger les possibilités de l'organisme, et à affaiblir de façon conséquente et durable les personnes touchées. Il est donc important d'être très attentif à toutes ces affections.

2. Les affections psychiatriques

Toute affection psychiatrique, et en particulier la dépression, risque de limiter les capacités d'adaptation des personnes âgées, voire de les mettre en rupture avec leurs activités et leur entourage. En général, ce genre d'affection intervient à la suite d'un changement important dans la vie des individus : veuvage, mort d'un parent proche, éloignement de l'entourage familial ou amical, déménagement, changement de statut social, changements des habitudes... Là aussi, il convient d'y être attentif, de manière à éviter au maximum l'isolement des personnes.

3. La maladie de Parkinson

Elle a été définie en 1817 par le médecin anglais James Parkinson³². Il s'agit de l'expression clinique d'un déficit en dopamine (un neurotransmetteur cérébral).

³¹ *Ibid.*, p.350.

Elle se caractérise par la triade parkinsonienne : tremblement de repos, akinésie (rareté des mouvements automatiques, lenteur à l'initiation et à la réalisation des mouvements volontaires) et hypertonie plastique (rigidité musculaire). Cette triade donne au malade une attitude figée, et entraîne des troubles de la parole (dysphonie, troubles de l'articulation et du débit) et des troubles de la déglutition. Il s'agit d'une maladie à évolution lente, qui débute autour de 30 ans, mais les premiers symptômes apparaissent vers 60 ans. Elle représente la deuxième cause de handicap moteur chez le sujet âgé. Elle touche deux personnes sur mille dans la population générale, et deux personnes sur cent chez les plus de 65 ans.

A des stades plus avancés, la Maladie de Parkinson peut s'accompagner de confusion mentale ou de démence et, dans 30% des cas, le malade souffre de dépression³³.

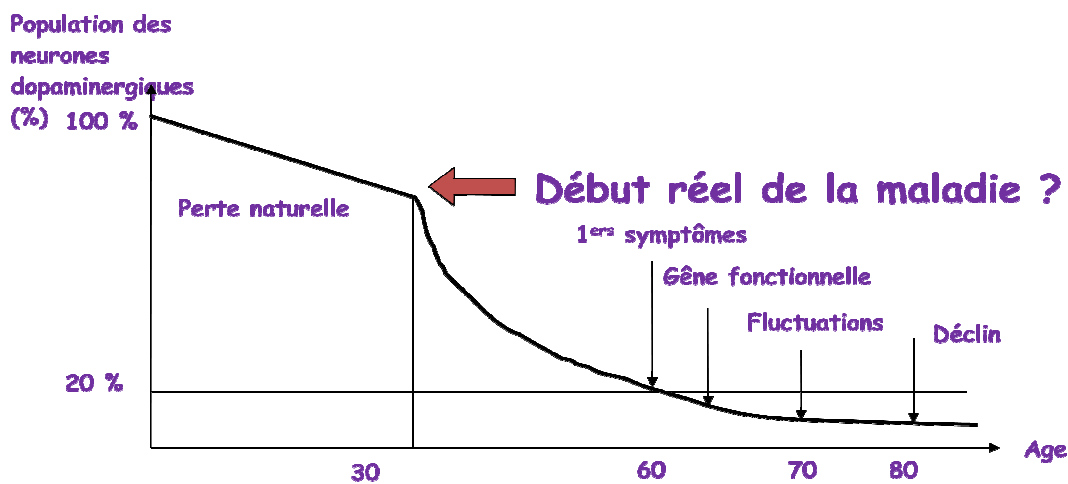


Figure 3: Population des neurones dopaminergiques en fonction de l'âge dans la Maladie de Parkinson

³² N. Lairez-Sosiewicz, *Vivre l'animation auprès des personnes âgées*, Lyon, Chronique sociale, 2008, p. 16.

³³ E. Faure, « la maladie de Parkinson », in www.caducee.net [consulté le 31/03/2010, <http://www.caducee.net/DossierSpecialises/neurologie/parkinson.asp#symptomes>]

Chap. II L'accueil et l'animation en institution

I. Les institutions

Lorsque le vieillissement est accompagné de difficultés majeures et que la personne âgée devient dépendante et ne peut plus être maintenue à son domicile en toute sécurité, on envisage le placement en institution. Cette perte d'autonomie peut être due à divers handicaps : handicaps physiques et impossibilité d'adaptation du domicile, déficience cérébrale avec désorientation...

Il existe différents types d'institutions. Les plus courants sont les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) et les Unités de Soins de Longue Durée (USLD).

A. Les Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD)³⁴

Les EHPAD, antérieurement nommés maisons de retraite, sont des ensembles immobiliers constitués de chambres médicalisées permettant l'accueil de personnes âgées qui ont besoin d'une assistance journalière et permanente. Ils offrent au public qu'ils accueillent un ensemble de prestations comprenant le logement, les repas, divers services spécifiques tels que blanchisserie, soins d'hygiène et médicaux (selon l'état de la personne), animations... Ils deviennent ainsi le nouveau domicile de la personne âgée qui y est accueillie.

Ces établissements sont régis par la loi du 24 janvier 1997, complétée par les décrets d'avril 1999 et de mai 2001, et par la loi de financement de la Sécurité Sociale de 2003. Ils sont tenus de signer une convention tripartite avec le Conseil

³⁴ Etablissement d'hébergement des personnes âgées dépendantes, in *Défiscalisation EHPAD* [consulté le 15.03.2010, <http://www.defiscalisation-ehpad.fr/etablissement-hebergement-personnes-agees-dependantes.html#>]

Général (organe financeur) et la DDASS (Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale, organe garant du bon fonctionnement de l'établissement). Quatre thématiques sont définies dans la convention :

- la qualité de vie des résidants : accessibilité, sécurité, hygiène, respect du rythme de vie (repas, repos...), maintien des repères, participation aux activités mises en place en fonction des souhaits de chacun, prise en charge adaptée à l'état de santé de la personne... ;
- la qualité des relations avec les résidents et leurs proches : information, mise en œuvre du conseil d'établissement, livret d'accueil, contrat de séjour, règlement intérieur, participation éventuelle des familles à certaines activités ;
- la qualité des personnels : qualification, programme de formation, développement du soutien psychologique du personnel ;
- l'inscription de l'établissement dans un réseau gérontologique comportant des soins coordonnés.

B. Les Unités de Soins de Longue Durée (USLD)

Tout comme les EHPAD, ils sont régis par la loi du 24 janvier 1997, complétée par les décrets d'avril 1999 et de mai 2001, et par la loi de financement de la Sécurité Sociale de 2003. Et, de même, ils sont tenus de signer une convention tripartite avec le Conseil Général et la DDASS du département où ils sont situés.

Là, le public accueilli n'a plus d'autonomie de vie, et nécessite une surveillance médicale permanente. Tout comme les EHPAD, l'USLD devient le nouveau lieu de vie de la personne accueillie, et il est donc important de lui permettre de s'y sentir chez elle.

Pour tous les établissements d'accueil pour personnes âgées, la Fondation Nationale de Gérontologie, le Secrétariat d'Etat chargé de la Sécurité Sociale et le Ministère des Affaires Sociales et de l'Emploi ont rédigé une Charte pour les

Personnes Âgées Dépendantes et une liste des Droits des Personnes Âgées Dépendantes en Institution, en 1987³⁵. Celles-ci doivent être affichées dans les établissements, et donnent des indications sur les règles à suivre pour garder toujours le respect des personnes âgées dépendantes qui sont accueillies dans ces établissements.

II. L'animation dans ces institutions

A. Qu'est-ce que l'animation ?

1. Quelques définitions

- **Animation**³⁶ : n.f.

Caractère de ce qui est animé, plein d'ardeur, de vivacité ; fougue, chaleur, entrain. (...) Organisation d'activités au sein d'un groupe, d'une collectivité.

- **Animé, ée**³⁷ : adj.

Doué d'animation, d'âme, de vie. Plein d'agitation, de couleur, d'activité.

- **Animer**³⁸ : v.

Donner la vie à une substance réellement ou apparemment inerte. Rendre actif, plus vivant, plus efficace ; donner du dynamisme. Encourager, pousser à agir.

³⁵ Voir Annexes I et II.

³⁶ C. Setton (sous la direction de), *Dictionnaire de la langue française*, Paris, SGED-Encyclopédie Bordas, 1995, Vol. I, p. 77.

³⁷ *Ibid.*

³⁸ *Ibid.*

▪ **Animateur, trice**³⁹ : n.m. ou n.f.

- I. Qui anime, donne vie à.
- II. Personne qui, par son entrain, ses initiatives, met de la vie dans une entreprise quelconque. Personne chargée de l'organisation des activités et de l'encadrement des groupes, dans une collectivité.

2. Animer en établissement pour personnes âgées⁴⁰

Dans les établissements pour personnes âgées, l'animation consiste à rendre la vie des personnes auxquelles elle s'adresse la plus harmonieuse possible, en favorisant les événements positifs. L'animateur, quand il est présent, joue un rôle social. Il est souvent le médiateur entre les résidants, mais aussi entre les résidants et le personnel soignant. Il est présent pour les résidants, leur prête une oreille attentive. Il va s'intéresser à leur histoire, à leur vécu, leur permettre de parler d'eux-mêmes, de donner leur avis sur des sujets, tout cela dans le but que la personne âgée reprenne confiance en elle et retrouve son identité. L'animateur va considérer la personne âgée comme une personne vivante, qui a une histoire à raconter, des besoins, des désirs à exprimer, et non pas comme une personne qui est en train de mourir. Il va toujours lui apporter le respect et la dignité auxquels elle a droit.

L'animation permet également une rencontre avec l'autre, de partager des moments de vie. On va proposer des activités diverses aux résidants, leur permettant de se distraire, de s'occuper, mais aussi de créer, de s'ouvrir sur l'extérieur, de stimuler leurs capacités, d'avoir des projets, et d'échanger avec d'autres.

L'animation peut donc apporter :

- Une distraction : c'est le partage d'un moment de bonheur, afin d'éviter que la personne âgée ne se replie sur elle-même. Elle peut prendre des formes diverses : assister à des spectacles, faire des jeux de société, des activités ludiques...

³⁹ *Ibid.*

⁴⁰ N. Lairez-Sosiewicz, *Vivre l'animation auprès des personnes âgées*, Lyon, Chronique sociale, 2008.

- Une stimulation : à travers les activités proposées, on va stimuler les capacités des personnes âgées pour préserver leurs acquis, leur permettre de garder leur esprit ouvert sur l'extérieur, d'être « bien dans leur tête » pour qu'elles puissent être « mieux dans le corps ».

- Un projet : les activités proposées vont s'inscrire dans un projet auquel prennent part les résidents. On les rend partie prenante de l'organisation de la vie de l'établissement, en leur donnant des responsabilités, en écoutant leurs demandes.

- Une ouverture sur l'extérieur : au travers de sorties culturelles, de rencontres... On va faire entrer la vie extérieure dans la maison de retraite, avec les familles, des bénévoles, des intervenants (comédiens, musiciens, artistes...), des partenariats avec des écoles..., mais on va aussi permettre aux personnes de sortir de la maison, en les accompagnant.

Pour toutes ces activités, il est important de toujours prendre en compte la personnalité de chaque participant, en tenant compte de ses désirs, de ses remarques, en encourageant l'expression de ses idées, de ses initiatives.

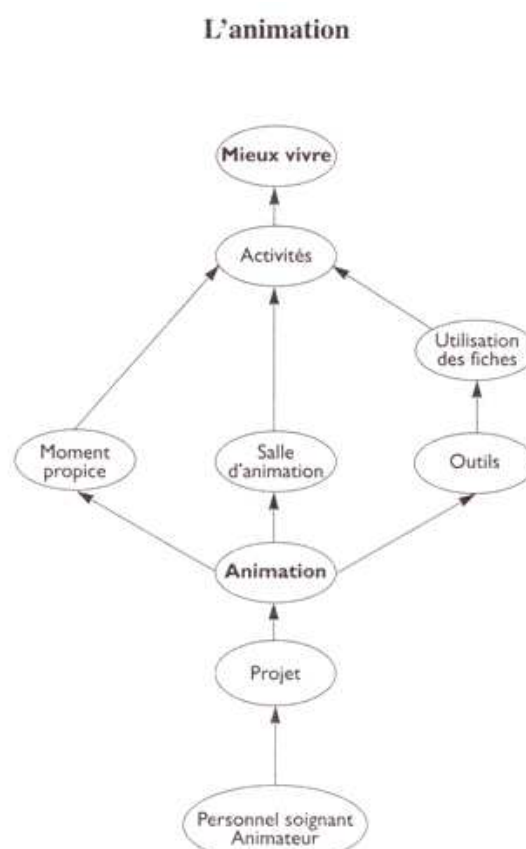


Figure 4. L'animation: comment et dans quel but?⁴¹

⁴¹ *Ibid.*, p.47.

B. L'animateur

1. Différents types de formation...

A l'heure actuelle, même si elle se développe de plus en plus, la formation au métier d'animateur en gérontologie reste méconnue. Elle passe souvent par le biais de diplômes d'animateur socioculturel avec des options « personnes âgées », ou par des diplômes universitaires en gérontologie. De nombreux organismes différents proposent ces formations, et, du fait de la diversité de ces organismes, les formations sont très différenciées. Selon les formations, sont données aux futurs animateurs des connaissances sur l'animation des groupes, l'organisation de manifestations, sur les différents types d'institutions recevant du public âgé, sur le milieu gérontologique.

Cependant, au sein de ces formations, les futurs animateurs ne reçoivent que peu d'information sur les besoins des personnes âgées, sur leurs comportements. Or, il s'agit justement des informations les plus importantes à avoir pour pouvoir exercer ce métier en milieu gérontologique : connaître les besoins des personnes âgées, leurs comportements, leurs capacités... En fait, c'est donc davantage au fur et à mesure de leurs expériences avec les personnes âgées que les animateurs vont apprendre à connaître ces comportements, ces besoins, mais aussi certaines manières de communiquer, qui peuvent sortir de l'ordinaire. En effet, les plaintes, l'agressivité, le désintérêt, les fugues, les gestes sont des manières de communiquer que peuvent avoir des personnes âgées malades. De même, il est important pour l'animateur de connaître les différents troubles qui peuvent apparaître dans certains cas : troubles de l'expression, troubles de la compréhension, troubles mémoriels, troubles du comportement... Il faudra que l'animateur apprenne à connaître chaque résidant avec lequel il travaille, ses goûts, ses besoins, ses capacités et ses difficultés, mais également son histoire de vie, afin de pouvoir s'adapter à chacun.

2. Le rôle de l'animateur...

✓ ... au sein de l'institution

Au sein de l'institution, c'est à l'animateur qu'il incombe le rôle d'organiser les sorties, les échanges avec d'autres institutions (écoles, centres périscolaires, autres maisons de retraite, associations diverses...), les activités internes à l'établissement. Pour ce faire, l'animateur doit tenir compte des besoins et des désirs des résidants, de leurs choix, solliciter leurs avis. Les animations devront toujours être proposées, jamais imposées aux personnes.

L'animateur occupe une place centrale dans l'établissement. C'est souvent lui qui fait le lien entre les résidants et le personnel soignant, puisqu'il porte une oreille attentive aux plaintes exprimées par les personnes âgées, et est le mieux placé pour observer les difficultés rencontrées en situation. C'est également lui qui est le plus souvent confronté aux familles. Il est un interlocuteur privilégié et un personnage central dans le fonctionnement de l'établissement.

L'animateur doit également gérer ses animations en fonction des limites fixées par l'administration : souvent, le budget qui lui est alloué est faible, et il doit donc devenir gestionnaire, économe ; son action est également souvent immobilisée par des logiques institutionnelles (organisation, soins, gestion). L'animateur se retrouve donc en situation de diplomate, il doit convaincre des bienfaits de l'animation auprès du personnel soignant, du personnel administratif, des familles. On voit se développer de plus en plus de réseaux de bénévoles autour de l'animation en maison de retraite. Ils permettent de faire entrer le monde extérieur au sein de l'établissement, ils apportent des avis et des projets nouveaux.

Lorsqu'il propose des activités, l'animateur garde toujours à l'esprit ses objectifs⁴² :

- Permettre à chaque personne de participer à la vie sociale, de se découvrir ;
- Permettre un mieux vivre, une meilleure qualité de vie ;

⁴² *Ibid.*, p.58.

- Maintenir les acquis (capacités physiques et intellectuelles).

Il est également contraint de composer avec des objectifs plus pragmatiques :

- Proposer une animation qui dure le temps imparti ;
- Pouvoir adapter les activités et le matériel aux différents résidants ;
- Proposer des activités qui intéressent les résidants...

Les animateurs en milieu gériatologique se sont regroupés en une association, le Groupement des Animateurs en Gériatologie (GAG), depuis 2000⁴³. Cela leur permet d'échanger sur leurs pratiques et de constituer des groupes de travail sur différents thèmes, dont l'éthique. Ainsi, le GAG a rédigé entre 2002 et 2007 une Charte de l'animation en gériatologie, dans laquelle sont redéfinies les spécificités de l'animation dans ce milieu, les fonctions de l'animateur⁴⁴.

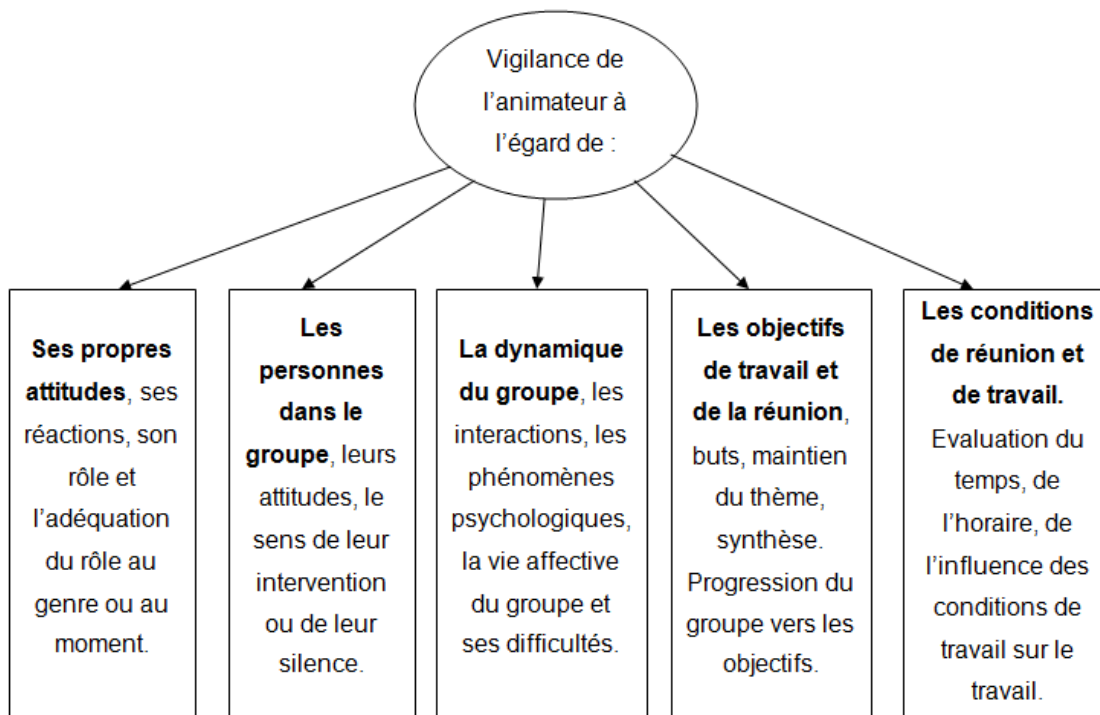
✓ ... au cœur de l'activité

Lors de l'activité, l'animateur va toujours garder une attitude d'écoute et de compréhension (des besoins, des désirs des personnes participantes). Il devra aussi pouvoir gérer le groupe.

⁴³ M-C Diss, « Animateurs, l'union des porteurs de liens », *Infirmière Magazine*, Supplément au n°249, p.15.

⁴⁴ Voir Annexe III.

R. Mucchielli⁴⁵ présente plusieurs critères de compétences :



L'animateur doit donc être attentif à la fois à :

- avoir une bonne connaissance de lui-même afin d'ajuster au mieux ses attitudes et comportements ;
- être attentif à chaque intervention, qu'elle soit verbale ou non verbale, de chaque membre du groupe ;
- favoriser la progression du groupe vers les objectifs fixés en les rappelant et en organisant au mieux les conditions de travail.

Dans tous les cas, dans toutes les activités proposées, et pour tout intervenant, il est indispensable de respecter l'individualité de chaque participant, sa personnalité, d'être à l'écoute de ses besoins, de ses désirs, mais aussi de ses déplaisirs. Il est important de permettre à chaque participant de se sentir toujours quelqu'un d'unique, avec son histoire, ses connaissances, ses capacités, et de le rendre actif au sein de son lieu de vie. Par là même, il sera possible à l'animateur de favoriser la communication des personnes âgées avec lesquelles il travaille.

⁴⁵A. Win-Lime, *La communication avec la personne âgée : compte-rendu d'une expérience de groupe en maison de retraite auprès de personnes âgées sans altération cognitive ou sensorielle massive*, mémoire d'orthophonie, Université de Strasbourg, 2007, p .85.

Chap. III Communication avec les personnes âgées

La communication est le dixième des 14 besoins fondamentaux de l'être humain décrits par Virginia Henderson⁴⁶ : communiquer avec autrui et exprimer ses émotions, ses besoins, ses craintes et ses sentiments. Elle indique :

« La finalité du besoin correspond à la nécessité, pour chaque individu, de transmettre et de percevoir des messages cognitifs ou affectifs, conscients ou inconscients et d'établir des relations avec autrui par la transmission ou la perception d'attitudes, de croyances et d'intentions. Les mécanismes pour l'atteindre sont la mise en jeu des organes sensoriels, l'échange d'informations par l'intermédiaire du système nerveux périphérique et central, l'apprentissage et l'utilisation des codes et des modes de la communication, la capacité à établir des contacts avec le monde. »⁴⁷

I. Quelques rappels sur la communication

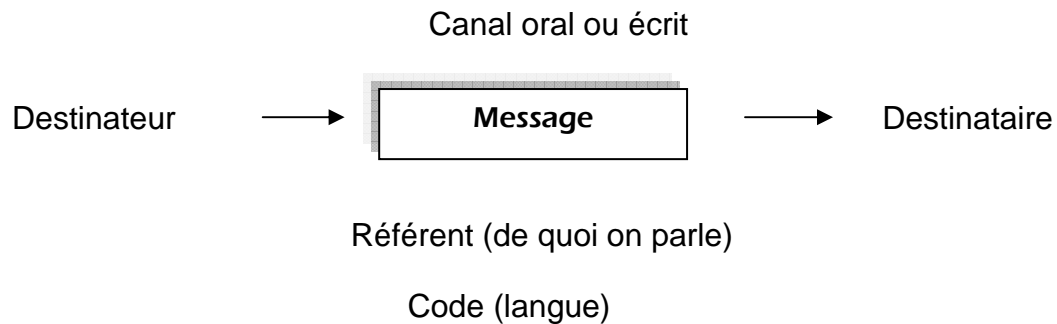
Communiquer, c'est échanger un message d'un émetteur à un récepteur. La communication correspond à « tout moyen verbal ou non verbal utilisé par un individu pour échanger des idées, des connaissances, des sentiments, avec un autre individu »⁴⁸.

⁴⁶ V. Henderson, Les 14 besoins fondamentaux, in *sideralsante* [consulté le 07/10/2009, http://www.sideralsante.fr/repository/pdfs/407_liste_et_definition_des_14_besoi.pdf]

⁴⁷ Voir annexe IV.

⁴⁸ F. Brin, C. Courrier, E. Lederle, V. Masy, *Dictionnaire d'orthophonie*, Isbergues, Ortho édition, 2004, p.54.

Jacobson définit la communication comme la transmission d'un message par un destinataire à un destinataire. Il propose le schéma suivant :



Cependant, ce schéma de communication présente certaines lacunes :

- le destinataire est passif, le sens est unilatéral ;
- la communication non-verbale n'est pas prise en compte ;
- on a une linéarité, pas de chevauchements possibles ;
- il n'y a pas d'adaptation du destinataire au destinataire ;
- la langue est un code, il n'y a pas d'interprétation possible, le sens est prédéfini.

En 1963, Jacobson⁴⁹ propose donc un autre schéma de la communication, incluant les notions de contexte, de contact et de code linguistique, et indiquant les différentes fonctions de la communication :

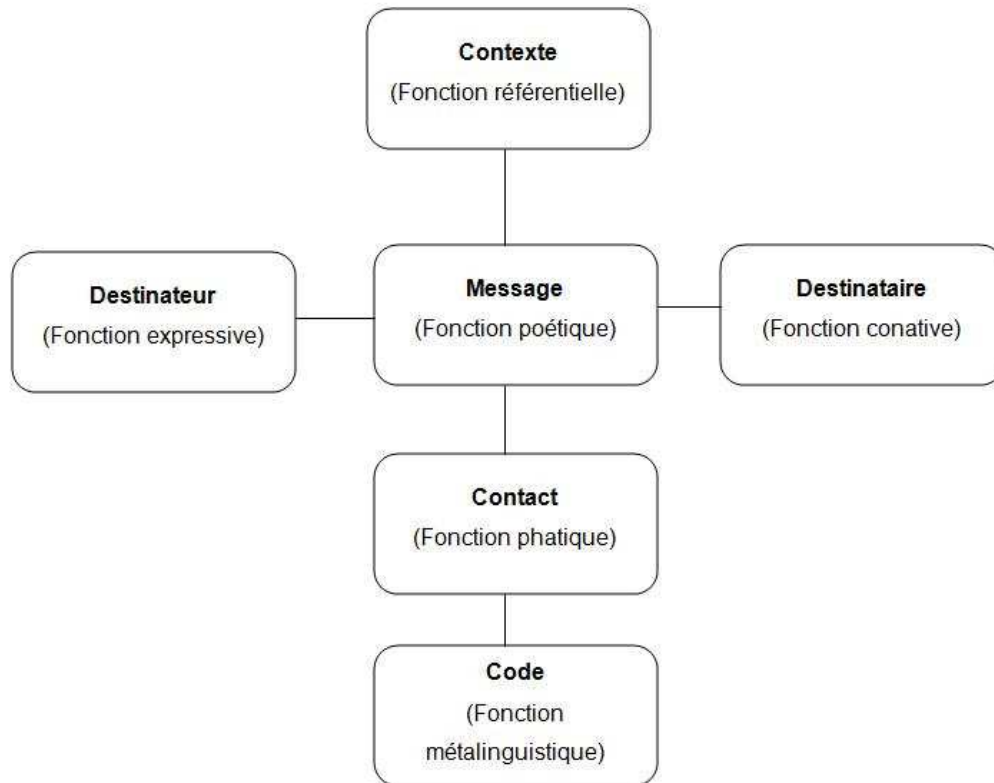


Figure 5. Schéma de la communication, Jakobson

Jakobson décrit ces fonctions comme suit :

- La **fonction référentielle** permet de véhiculer des informations ;
- La **fonction expressive** correspond à la manifestation des émotions dans le message ;
- La **fonction poétique** donne une valeur créative au message (tonalité, rythme...) ;
- La **fonction conative** cherche à obtenir une attitude chez le récepteur ;
- La **fonction phatique** permet d'établir ou de maintenir le contact ;

⁴⁹ L. Recour, *Intérêt d'un atelier musical pour stimuler le langage et la communication auprès de personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer*, mémoire d'orthophonie, Université de Nancy I, 2007, p.31-32.

- La **fonction métalinguistique** permet à l'émetteur de donner des précisions sur ce qu'il vient d'exprimer, en fonction du feed-back donné par le comportement du récepteur.

Dell Hymes a déterminé les compétences nécessaires à la communication. Il parle de :

- **compétences linguistiques** (phonétiques, lexicales, grammaticales, textuelles) ;
- **compétences discursives** (fait de savoir utiliser un type de discours en fonction de la situation de communication) ;
- **compétences référentielles** (connaissance des domaines d'expérience et des objets du monde) ;
- **compétences socioculturelles** (connaissance des règles sociales et des normes d'interaction).

Wazlawick, reprenant les concepts développés par l'école de Palo Alto⁵⁰, propose deux types de communication différents :

- **la communication analogique** : elle concerne la communication non verbale, toutes les formes de communication non « codées » socialement. Elle correspond aux intonations de la voix, aux gestes utilisés, aux mimiques, à la posture, à toutes les attitudes non-verbales qui interviennent au cours de la relation. Ces attitudes sont inconscientes. Elle serait surtout supportée par l'hémisphère mineur et véhiculerait des affects, des émotions.

- **la communication digitale** : elle concerne les langages codés (langage verbal oral et écrit, gestes conventionnels, déictiques...). La communication est ici claire et ne nécessite pas d'interprétation, elle relève du « code ». Elle serait surtout supportée par l'hémisphère majeur, et véhiculerait des concepts via des éléments codés.

⁵⁰ L. Recour, *Intérêt d'un atelier musical pour stimuler le langage et la communication auprès de personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer*, mémoire d'orthophonie, Université de Nancy I, 2007, p.33-34.

Enfin, Grice⁵¹, en 1975, a proposé sa propre théorie de la communication : pour lui, tout échange conversationnel entre un locuteur et un destinataire suppose un minimum d'entente, un minimum d'effort coopératif. Grice parle de « principe de coopération ». Pour préciser ce principe, il décrit quatre maximes dites « conversationnelles » :

- **Maximes de quantité** : la contribution du locuteur doit être aussi informative que nécessaire, et ne doit pas être plus informative que nécessaire ;
- **Maximes de qualité** : le locuteur ne doit pas dire ce qu'il croit être faux et ne doit pas dire les choses pour lesquelles il manque de preuves ;
- **Maximes de relation** : le locuteur doit être pertinent ;
- **Maximes de manière** : le locuteur doit éviter de s'exprimer de façon obscure, il doit éviter l'ambiguïté, il doit être bref et ordonné.

C'est le respect de ces maximes qui va orienter l'interprétation des énoncés par l'interlocuteur lors de l'échange verbal.

II. Spécificités de la communication chez l'adulte vieillissant et adaptations nécessaires

« Au même titre que le sexe ou l'origine ethnique, l'âge est utilisé comme critère définissant diverses catégories sociales [...]. Dès lors, [...] les individus d'une génération donnée sont supposés partager un certain nombre de caractéristiques communes. Cette attribution de traits propres à une classe d'âge n'est pas sans conséquences sur l'utilisation du langage et plus largement sur la communication interpersonnelle. »⁵²

⁵¹ J-B Van der Henst, « La théorie Gricéenne de la communication », in *Center Blog* [consulté le 11/12/2009, <http://romainb.centerblog.net/1407284-THEORIE-DE-GRICE>]

⁵² P. Feyereisen et M. Hupet, *Parler et communiquer avec la personne âgée, psychologie du vieillissement cognitif*, Paris, Presses Universitaires de France, 2002, p.13.

En effet, on se rend compte que les adultes jeunes ont des croyances liées au langage des personnes âgées, et que, d'après cela, ils adaptent leur langage lorsqu'ils communiquent avec leurs aînés. En fait, on observe souvent une infantilisation dans la manière qu'ont le personnel soignant et l'entourage de s'adresser aux personnes âgées (surtout au sein des institutions), celle-ci étant souvent décalée par rapport au niveau de capacités de la personne âgée. Cela part d'une bonne intention, la personne accompagnante voulant aider la personne âgée à comprendre et à suivre la communication, mais cela n'en reste pas moins un écueil important à éviter, puisque cette attitude renforce le sentiment de dépendance et d'incapacité du vieillard.

Les études de Wingfield et Stine-Morrow⁵³ ont mis en évidence le fait que la compréhension auditive des personnes âgées est améliorée par un ralentissement du débit et des modifications de l'intonation, mais il faut cependant prendre garde de ne pas basculer dans l'infantilisation. Il faut garder à l'esprit que la personne âgée, malgré les difficultés qu'elle peut rencontrer, reste un interlocuteur à part entière, une personne communicante.

Nous avons vu précédemment quelles pouvaient être les difficultés rencontrées par les personnes âgées. Il est important de les connaître et d'en tenir compte lorsque l'on entre en interaction avec ces personnes. Qu'il s'agisse de troubles de l'audition, de la vision, des fonctions cognitives, ou de difficultés liées à une pathologie de type vasculaire, démentiel ou autre, il est indispensable de les connaître et de s'y adapter. Il faut également tenir compte de la condition physique de la personne, de sa fatigabilité.

Pour permettre cette adaptation, nous allons utiliser tous types de méthodes et d'interfaces. Ainsi, nous pourrions favoriser la communication (qu'elle soit orale, écrite, verbale, non-verbale) par différents arts, dont la musique.

⁵³ *Ibid.*, p.24-31.

III. Musique et langage

A différentes époques de l'histoire de l'Humanité, les Hommes ont utilisé la musique pour communiquer, que ce soit pour donner l'alerte (sonner le tocsin au Moyen-âge pour prévenir de l'arrivée des ennemis...), pour échanger des informations d'un village à un autre (utilisation du djembé en Afrique...), pour transmettre des savoirs (en Afrique, on dit que « quand un griot (conteur poète et musicien) meurt, c'est une bibliothèque qui brûle »)...

Pourtant, ce n'est que dans les années 1970 que s'est théorisée une sémiologie de la musique : on y trouve des significations, des sens. Elle permettrait une symbolisation du réel, à travers ses codes propres.

Selon Ducourneau (1977)⁵⁴, la musique peut être décomposée en deux articulations, parallèles aux articulations du langage :

	Langage verbal	Musique
Première articulation	Monèmes (morphèmes et lexèmes, entités signifiantes)	Sens musical selon l'agencement des notes
Deuxième articulation	Phonèmes (signifiants, images acoustiques)	Notes qui peuvent s'assimiler aux phonèmes

De même que le langage verbal, la musique peut être écrite. On utilise un langage codé, constitué de notes, de silences... Le langage musical a également sa syntaxe, ses règles d'accords, sa grammaire, son orthographe : nombre précis de temps par mesure, nuances écrites, rythme de lecture, limites entre unités... Comme pour le langage verbal, c'est le déroulement temporel des sons qui va donner du sens.

Tout comme les autres langues (la langue étant le mode de communication spécifique à chaque groupe social d'êtres humains) du monde, la musique n'est pas

⁵⁴ L. Recour, *Intérêt d'un atelier musical pour stimuler le langage et la communication auprès de personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer*, mémoire d'orthophonie, Université de Nancy I, 2007, p.36.

universelle. Rivemale (1996)⁵⁵ indique que la musique « ne peut être un « langage universel » que dans un même bain culturel ».

Au final, Proust, dans son œuvre *A la recherche du temps perdu*, exprime parfaitement le lien entre la musique et le langage :

« La musique est peut-être l'exemple unique de ce qu'aurait pu être – s'il n'y avait pas eu l'invention du langage, la formation des mots, l'analyse des idées – la communication des âmes. »⁵⁶

⁵⁵ *Ibid.*, p.41.

⁵⁶ *Ibid.*, p.41.

Chap. IV La musicothérapie

I. Historique et définition

Dans l'Antiquité, la musique était déjà reliée à la médecine, mais on lui conférait une dimension magique. Ce sont les Grecs qui ont commencé à étudier la musique sous une forme plus scientifique, en l'associant aux mathématiques, à la physique et à la médecine. Ils attribuaient toutes sortes de vertus à la musique, et en particulier un pouvoir sur les âmes. Ainsi, chez les Grecs, il existait déjà des musicothérapeutes qui influençaient l'humeur en utilisant divers instruments, rythmes et sons. Platon et Aristote ont longuement développé la théorie de l'influence de la musique sur les passions et sur la moralité.

De la même manière, chez les Hébreux, il est écrit dans la Bible⁵⁷ :

« Dès lors, quand l'esprit mauvais envoyé par Dieu s'abattait sur Saül, David prenait sa lyre et en jouait. Cela soulageait Saül, il se calmait et l'esprit mauvais le quittait. »

Dans les années 1940 et 1950, la musique fut utilisée comme technique thérapeutique auprès des soldats convalescents, pour tenter de soulager les traumatismes psychiques de la guerre : insomnies, dépressions, anxiété...

En France, ce n'est que dans les années 1970 que des études concernant l'action de la musique sur le corps ont commencé à être menées.

Aujourd'hui, la musicothérapie se définit comme « l'utilisation du son et de la musique - sous toutes leurs formes - comme moyens d'expression, de communication, de structuration de la personnalité, et d'analyse de la relation. »⁵⁸ Edith Lecourt parle d'« une forme de psychothérapie qui utilise le son et la musique »⁵⁹.

⁵⁷ *La Bible en français courant*, Villiers-le-Bel, Société biblique française, 1997, 1 Samuel 16 v.23, p. 325.

⁵⁸ Association Française de Musicothérapie [consulté le 02/12/2009, www.musicotherapie-afm.com]

⁵⁹ Institut de Musicothérapie de Nantes [consulté le 30/11/2009, <http://www.musicotherapie-nantes.com/>]

Elle peut être pratiquée à tout âge, en séances individuelles ou de groupe. La musique est utilisée comme intermédiaire, moyen pour le patient de s'exprimer, de communiquer. Le patient se situe au centre de la thérapie, c'est lui qui en est le principal acteur. La musicothérapie est donc une forme d'art-thérapie, qui permet de donner au patient une manière de s'exprimer, d'être acteur de sa propre histoire.

Le musicothérapeute est un professionnel soignant, qui a suivi une formation au sein de l'Université ou dans un centre privé. Comme tout personnel médical ou paramédical, il est tenu au secret professionnel. Il sera amené à travailler auprès d'adultes, d'enfants, de personnes âgées. Il travaille au sein d'une équipe pluridisciplinaire : la musicothérapie ne peut pas rester une thérapie isolée, et doit se faire au sein d'une prise en charge pluridisciplinaire. Pour ce faire, le musicothérapeute utilisera différentes méthodes et techniques.

II. Méthodes et techniques musicothérapeutiques

La musicothérapie utilise toutes les possibilités offertes par le son, allant de l'écoute musicale ou sonore à la production de bruits, de rythmes, de chants, de mélodies... On distingue deux types de musicothérapie, que nous allons décrire ci-après.

A. Musicothérapie réceptive

Elle concerne l'écoute musicale (sons ou musiques enregistrés, musiques jouées, bruits enregistrés ou produits...). Là, l'auditeur reçoit directement la création du compositeur et celle de l'interprète, et celle-ci fera écho en lui en s'appuyant sur son propre vécu, ses connaissances, ses souvenirs.

Rosolato (1982)⁶⁰ propose trois types d'écoute :

- **L'écoute technique**, qui correspond à une certaine forme d'analyse de ce qui est entendu. L'individu va rechercher des règles de construction du morceau, en s'appuyant sur ses connaissances, et va se constituer sa propre idée du style auquel appartient l'œuvre qu'il aura entendue.
- **L'écoute évocative**, qui correspond à un rappel de souvenirs évoqués par l'œuvre entendue. L'auditeur va associer à ce qu'il entend des souvenirs, heureux ou tristes, de situations, de lieux, de personnes, d'émotions ressenties. Il va revivre ces souvenirs à l'intérieur de lui-même.
- **L'écoute hypnoïde**, ou relaxation sous induction musicale, qui correspond à l'utilisation de l'écoute musicale comme moyen d'évasion, qui permette d'accompagner l'oubli et le vide pour diminuer l'activité mentale.

B. Musicothérapie active

Ici, nous allons **faire** de la musique. On pourra utiliser toutes sortes d'instruments (percussions, instruments mélodiques), le corps (percussion avec les mains, les pieds...), la voix (instrument naturel), des objets de la vie quotidienne qui nous permettent de produire du son...

Une multitude de possibilités d'exercices⁶¹ s'offre à nous, qu'il faudra adapter en fonction du public avec lequel nous travaillons :

- Chansons et comptines, du patrimoine ou de la création des participants ;
- Chorale ;
- Jeux verbaux ;
- Jeux rythmiques (une formule proposée reprise par les autres, modifications...) ;
- Jeux collectifs sur les instruments, en improvisation libre, en suivant une consigne ;

⁶⁰ L. Recour, *Intérêt d'un atelier musical pour stimuler le langage et la communication auprès de personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer*, mémoire d'orthophonie, Université de Nancy I, 2007, p.22-23.

⁶¹ *Ibid.*, p.24.

- Jeu collectif sur un seul instrument, qui constituera un lieu d'échange et de communication entre les participants ;
- Chef d'orchestre, où l'un des participants dirige la production sonore des autres ;
- Accompagnement d'une mélodie par des percussions ;
- Dialogue mélodique sur percussions ou avec les percussions corporelles ;
- Création d'un morceau évoquant une image, qui sera présenté au reste du groupe, qui devra retrouver les images correspondantes ;
- Codage des sons pour écrire puis produire une musique donnée ;
- Création musicale en suivant un thème ;
- Utilisation de la musique et des sons pour guider une personne sur un parcours ;
- Mimes musicaux, où l'un des participants exprime une émotion (ou autre) par la musique ou les sons ;
- Création d'une histoire à partir d'une œuvre entendue ;
- ...

Le but ici sera toujours de favoriser la communication, qu'elle soit verbale ou non verbale, à travers ces jeux avec les sons et la musique. On veut permettre au patient d'être acteur de sa propre thérapie.

Les techniques actives et réceptives sont en fait complémentaires : les techniques réceptives invitent davantage à la discussion, tandis que les techniques actives permettent le jeu, la création et le plaisir de communiquer.

A la fin de chaque séance, on demandera au patient d'exprimer les sensations ressenties au cours de la séance, de faire un lien avec ses émotions.

III. Différents lieux d'utilisation de la musicothérapie

La musicothérapie est utilisée dans bien des centres de soins, et notamment dans des services de psychiatrie pour enfants ou adultes. En fait, les auteurs parlent beaucoup de « techniques psychomusicales », ce qui reflète bien le fait que la

musicothérapie est surtout utilisée au sein des prises en charge psychothérapeutiques, dans le but de permettre au patient d'exprimer des sensations, des états d'âme, des émotions qu'il ne parvient pas à exprimer par le langage. Benenzon⁶², en particulier, parle de la musicothérapie comme d'une « psychothérapie non-verbale », qui s'adresserait donc à des sujets n'ayant pas accès au langage. De ce fait, ces techniques seront utilisées auprès de patients souffrant de pathologies variées:

- Autisme infantile et autisme de l'adulte ;
- Psychose et troubles de l'identité ;
- Etats dépressifs ;
- Névroses phobiques ou obsessionnelles ;
- Troubles anxieux permanents ;
- Troubles addictifs, anorexie, dépendances alcooliques ou toxicomanie ;
- Atteintes neurologiques, états déficitaires, maladies d'Alzheimer et autres types de démence ;
- Déficits intellectuels ;
- Déficits sensoriels (surdité, cécité...) ;
- Problèmes psychomoteurs ;
- Troubles du langage ;
- ...

Mais la musicothérapie sera également utilisée dans d'autres situations :

- Préparation à l'accouchement et à la relation avec l'enfant ;
- Avec les bébés prématurés ;
- Pour favoriser le lien mère-enfant ;
- Avec des enfants présentant des troubles du comportement ;
- Dans les cas de difficultés scolaires (travail sur l'écoute notamment) ;
- Relaxation et développement personnel avec des adultes, surtout dans les cas de problèmes relationnels ;
- Travail sur les relations familiales à travers des musicothérapies familiales.
- ...

⁶² R-O Benenzon, *La musicothérapie, la part oubliée de la personnalité*, Bruxelles, De Boeck Université, 2007.

IV. Orthophonie et musicothérapie

Au niveau orthophonique, la musicothérapie est utilisée essentiellement dans le but de favoriser le langage oral. C'est une alternative intéressante aux rééducations plus analytiques lorsque celles-ci ne semblent pas fonctionner ou ne pas convenir au patient.

A.auprès des adultes

1. La mélodithérapie

Il s'agit d'une technique de musicothérapie qui a été mise au point aux Etats-Unis par Sparks et Holland⁶³ dans les années 1975. Elle a été reprise en France par Philippe Van Eeckhout.

Elle s'adresse aux patients présentant une aphasie motrice (type Broca) avec une grande ou totale réduction du langage et de la parole, et ayant conservé une compréhension normale (ou quasi normale) du langage oral et écrit. En effet, beaucoup d'entre eux, même s'ils ne peuvent plus utiliser le langage verbal en expression, gardent la possibilité de fredonner et même de chanter des airs connus avec leurs paroles. On pense que c'est l'hémisphère droit, support des aptitudes sensorimotrices concernant les mélodies, qui entre en jeu ici.

Le principe est de proposer aux patients atteints de réductions majeures du langage des modèles de mots et de phrases scandés sur une mélodie rythmée. Le patient utilise ces mélodies rythmées comme support de la parole et va progressivement pouvoir atteindre un rythme et une prosodie normaux en langage spontané.

⁶³ J. Grondin, « les Aphasies » in *Neuropsychologie* [consulté le 14/12/2009, <http://pagesperso-orange.fr/jerome.grondin/aphasie.htm>]

Van Eeckhout utilise la mélodithérapie également avec des patients mutiques ou atteints de stéréotypies.

2. Le chant

Beaucoup d'orthophonistes utilisent les exercices de François Le Huche⁶⁴ pour les rééducations des dysphonies. Ils se basent sur des exercices de respiration, de voix chantée, utilisant toute la musique. Ces exercices permettent aux adultes dysphoniques de replacer leur voix de manière à l'utiliser à bon escient, sans forçage, afin de ne pas l'abîmer.

3. L'écoute musicale

Auprès de patients atteints de démence de type Alzheimer, la musique est un moyen de stimuler leur mémoire. En effet, la mémoire musicale serait plus longtemps préservée⁶⁵, car elle appartient à la mémoire procédurale. La musique éveille la perception, les affects et le corps tout entier. Carliez (2005)⁶⁶ indique que « le corps accompagne quasi-systématiquement la musique ». Or, le corps est le support principal de toute communication analogique. La musicothérapie auprès de personnes démentes Alzheimer permet donc de stimuler leur mémoire, mais aussi de favoriser leur communication analogique, non-verbale.

⁶⁴ C. Bonhomme et M. Desmier-Lavenant, *Musicothérapie et musique en orthophonie*, Mémoire d'orthophonie, Université de Nantes, 1983, p.36-37.

⁶⁵ C. Barrier, *Silences, sons, paroles... Un atelier de musique thérapeutique et son incidence sur la communication de personnes institutionnalisées atteintes d'une démence de type Alzheimer*, mémoire d'orthophonie, Université de Nantes, 2006, p.50-51.

⁶⁶ *Ibid.*

B. Auprès des enfants

La musique est utilisée en orthophonie auprès des enfants sourds, avec la méthode verbo-tonale⁶⁷ : on utilise tous les sens de l'enfant sourd dans le but de le faire passer par les stades successifs d'acquisition par lesquels passe l'enfant entendant avant de parler. On propose des jeux de rythme, de vibrations....

On utilise également la musique (écoute et production) avec les enfants qui n'ont pas investi le langage ou qui ont du mal à entrer en communication avec autrui. Par là, on essaye d'entrer en communication avec eux, de les faire s'exprimer (graphiquement, corporellement, verbalement), de leur faire découvrir le plaisir de communiquer.

Enfin, les chansons, les comptines peuvent constituer des rituels, apporter des repères aux enfants pendant la prise en charge. De plus, le chant peut permettre de faire aller l'enfant vers des exercices plus difficiles. La musique devient ainsi un moyen détourné, et surtout une approche ludique à certaines rééducations.

Dans tous les cas, et avec tout public, la musique favorise la communication, qu'elle soit verbale ou non. Elle permettra d'exprimer certaines choses qui peuvent être difficiles à mettre en mots, ou pourra favoriser l'expression, la mémoire... Avec les enfants, tout comme avec les adultes, c'est également un moyen ludique d'envisager la prise en charge orthophonique, de rendre le patient acteur de sa rééducation. De même, toutes ces techniques peuvent être utilisées dans le domaine de l'animation, pour favoriser l'expression du public auquel on s'adresse.

⁶⁷Association Internationale pour la méthode verbo-tonale et Association des praticiens de la méthode verbo-tonale, « La méthode verbo-tonale » in *acfos.org* [consulté le 14/12/2009, http://www.acfos.org/comprendre/jeminterroge/verboton_page.php]

Hypothèses et problématique

C'est lors d'un stage dans une maison de retraite alsacienne que nous avons eu l'occasion de rencontrer certains membres d'une association de bénévoles intervenant pour l'animation au sein de cet établissement. Dès lors, suite aux échanges que nous avons pu avoir avec eux, nous nous sommes questionnée sur leur manière de faire auprès de personnes âgées souvent atteintes de pathologies : troubles de l'audition, syndromes démentiels, aphasies, troubles de la vision. En effet, la plupart des bénévoles avec lesquels nous avons pu échanger nous ont précisé qu'ils avaient parfois l'impression de manquer d'informations concernant les pathologies que peuvent présenter les personnes âgées qu'ils rencontrent au sein de l'institution, et qu'ils aimeraient pouvoir avoir quelques pistes leur permettant de savoir comment réagir face à certains comportements qui leurs posent question.

En effet, au cours de nos recherches et de nos lectures, nous avons pu voir que les pathologies que pouvaient présenter les personnes âgées institutionnalisées étaient très variées, et que ces pathologies pouvaient engendrer des attitudes parfois difficilement interprétables, et auxquelles, par conséquent, il est difficile de répondre. Nous avons également remarqué qu'il n'y avait que très peu de littérature consacrée à ce type de public, à savoir des personnes non professionnelles, pas forcément formées, mais pourtant demandeuses d'informations utiles et surtout pratiques.

Ainsi, il nous a semblé intéressant de proposer un support d'informations à ces bénévoles, entrant dans le cadre de la prévention primaire⁶⁸, premier volet de la prévention, qui consiste en différents conseils que l'on peut donner pour éviter toute pathologie ou aggravation de pathologie. La prévention primaire correspond à

« L'ensemble des actes destinés à diminuer l'incidence d'une maladie, donc à réduire l'apparition de nouveaux cas. En agissant en amont, cette prévention

⁶⁸ Il est à noter qu'il existe également une prévention secondaire, qui consiste dans le dépistage des pathologies, et une prévention tertiaire, qui correspond à la rééducation (dans le sens où celle-ci permet d'éviter une aggravation).

empêche l'apparition des maladies, elle utilise l'éducation et l'information auprès de la population. »⁶⁹.

La prévention primaire est l'une des attributions données à l'orthophoniste par l'article 1^{er} du décret de compétences des orthophonistes⁷⁰. Dans ce cadre, nous avons décidé **d'élaborer un livret d'information sur la communication avec les personnes âgées institutionnalisées, à destination des bénévoles intervenant pour l'animation en maison de retraite.**

A partir de là, se sont posées les questions suivantes :

- Quelle formation les bénévoles ont-ils déjà reçue ?
- Que connaissent-ils de la communication avec les personnes âgées ?
- A quelles difficultés sont-ils confrontés ?
- Quelles informations pourront leur être utiles ?

⁶⁹ « Prévention des maladies, niveaux de prévention » in *Wikipédia, l'encyclopédie libre* [consulté le 13/05/2010, <http://fr.wikipedia.org/wiki/Pr%C3%A9vention>]

⁷⁰ Voir annexe V.

PARTIE PRATIQUE

Protocole

La réalisation de ce livret s'est effectuée en contact direct avec l'association de bénévoles intervenant pour l'animation dans la maison de retraite la Roselière . Dans un premier temps, nous allons décrire le fonctionnement de cette maison de retraite, ainsi que de l'Association, puis, dans un second temps, nous décrirons notre protocole expérimental (questionnaire et observations), les données que nous avons recueillies et les conclusions que nous avons pu en tirer.

Chap. I Présentation de l'établissement et de l'Association

I. Présentation de l'établissement⁷¹

A. Un peu d'histoire...

La maison de retraite La Roselière a été construite en 1993 à la suite d'un projet communal de construction d'une maison d'accueil pour personnes âgées. L'initiative de cette construction revient au Syndicat Intercommunal pour la Maison d'Accueil pour Personnes Âgées de la commune de Kunheim (à 24 km de Colmar, Haut-Rhin), qui regroupe au total trente-cinq communes des environs. Depuis 2003, l'établissement a obtenu le statut d'EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour les Personnes Âgées Dépendantes).

Aujourd'hui, l'établissement occupe un espace de 5000 m², sur quatre niveaux :

⁷¹ Livret d'accueil de la maison de retraite : *Vivre à la Roselière...*, mis à jour en août 2009.

- Un sous-sol avec tous les locaux de service (cuisine, lingerie, ateliers, rangements, locaux techniques) ;
- Un rez-de-chaussée, avec un hall d'accueil, une salle à manger, une salle de réunion, une chapelle, les bureaux administratifs, un salon de coiffure, un coin boutique, un espace réservé à l'Accueil de Jour ;
- Deux étages, réservés aux unités de vie, avec les chambres des résidants, un cabinet médical, une infirmerie, une salle de bain médicalisée et quelques espaces conviviaux (salons).

Les chambres sont, pour la plupart, individuelles. Elles ont une surface de 20 m², avec une salle d'eau (douche, toilettes et lavabo) individuelle par chambre. Les résidants peuvent, s'ils le désirent, apporter leurs propres meubles, leur propre décoration.

La capacité d'accueil autorisée à ce jour est de 77 chambres, dont 62 en accueil définitif, 10 en accueil temporaire et 5 en Accueil de Jour.

B. Population accueillie

A l'heure actuelle, la Roselière accueille 72 personnes. Cette population se compose de 20 hommes et 52 femmes (soit 72,22%) de la population totale. La pyramide ci-dessous montre la répartition des âges des personnes accueillies. L'âge moyen est donc, pour les hommes, de 80 ans, et pour les femmes, de 85 ans. En effet, les personnes âgées entrent actuellement de plus en plus tard dans les établissements d'hébergement. On retrouve donc ici des personnes ayant entre 65 ans et 10 mois et 99 ans et 6 mois.

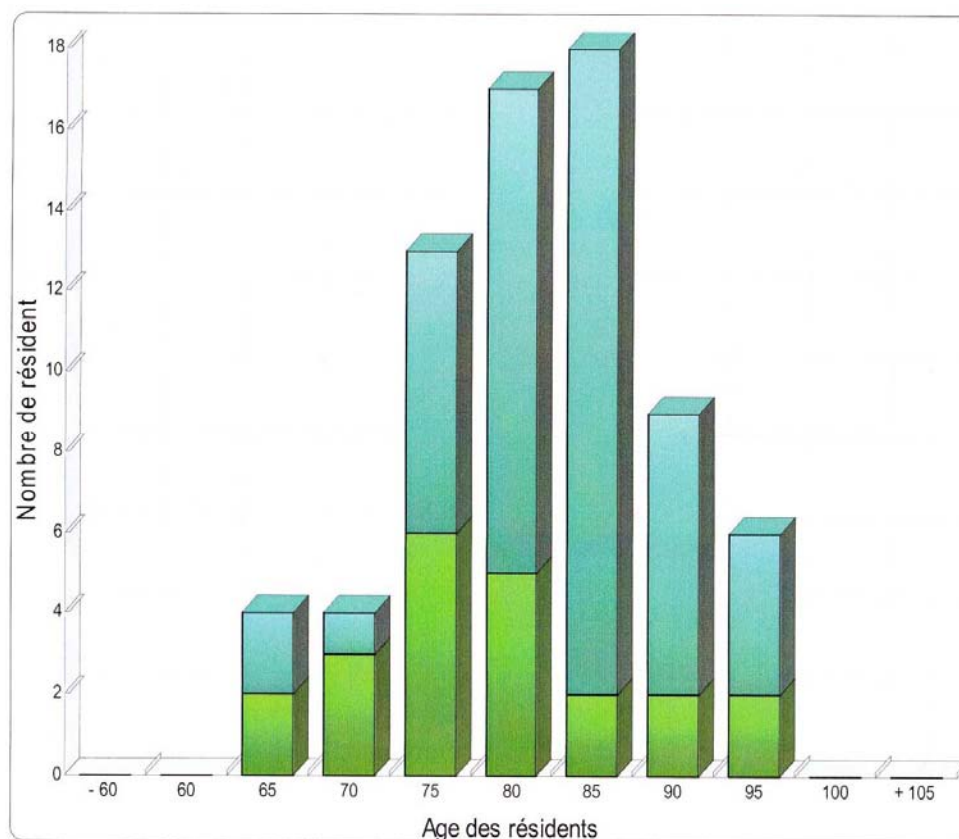


Figure 6. Pyramide des âges de la population de la Roselière

Pour les mêmes raisons (arrivée plus tardive en institution), la durée de séjour des personnes est raccourcie. En moyenne, elle est de 51 mois et 9 jours à la Roselière, avec des périodes allant de 4 mois et 9 jours (accueil temporaire) à 207 mois et 15 jours.

En ce qui concerne les milieux d'origine des résidants, ils sont quasiment tous issus de milieux ruraux. En effet, priorité est donnée aux habitants ou aux parents des habitants des communes du Syndicat Intercommunal pour la Maison d'Accueil pour Personnes Agées de la commune de Kunheim, composé essentiellement de communes rurales. Seuls 8% des résidants proviennent d'autres communes, qui restent cependant, pour la plupart, rurales.

Au niveau de l'autonomie corporelle et mentale des résidants, une évaluation par la grille nationale AGGIR est effectuée deux à trois fois par an. Cette dernière est réalisée par un médecin et évalue les niveaux d'autonomie physique et psychique, en ce qui concerne⁷² la cohérence, l'orientation, la toilette, l'habillement, l'alimentation, l'élimination, les transferts, les déplacements à l'intérieur, les déplacements à

⁷² Grille Nationale AGGIR, Voir annexe VI.

l'extérieur, la communication à distance. Cette grille permet également d'évaluer l'autonomie domestique et sociale, à travers la gestion, la cuisine, le ménage, les transports, les achats, le suivi du traitement et les activités du temps libre. A la dernière évaluation effectuée, le groupe iso-ressources (GIR) moyen pondéré était de 718, avec la répartition suivante :

- 18 personnes en GIR 1 (soit 25% de l'effectif total) ;
- 21 personnes en GIR 2 (soit 29,17% de l'effectif total) ;
- 10 personnes en GIR 3 (soit 13,89% de l'effectif total) ;
- 22 personnes en GIR 4 (soit 30,56% de l'effectif total) ;
- 1 personne en GIR 5 (soit 1,39% de l'effectif total).

C'est à partir de ces groupes qu'est défini le degré de dépendance de chaque résidant, et en fonction de ce degré que seront déterminées les aides financières attribuées à l'établissement (sachant que le GIR 1 est le groupe dans lequel les personnes sont les plus dépendantes).

Lors de cette évaluation, un état des lieux des pathologies rencontrées à la Roselière est également effectué. Celui-ci nous donne, en ce qui concerne la communication :

- 21 personnes ayant été victimes d'AVC (soit 29,17% de l'effectif total) ;
- 1 personne souffrant de syndrome parkinsonien (soit 1,39% de l'effectif total) ;
- 36 personnes souffrant de troubles chroniques du comportement (soit 50% de l'effectif total) ;
- 31 personnes souffrant d'état dépressif (soit 43,06% de l'effectif total) ;
- 18 personnes souffrant d'état anxieux (soit 25% de l'effectif total) ;
- 2 personnes souffrant de délires, psychoses, hallucinations (soit 2,78% de l'effectif total) ;
- 24 personnes souffrant de syndrome démentiel (soit 33,33% de l'effectif total) ;

- 6 personnes souffrant de pathologies oculaires évolutives (soit 8,33% de l'effectif total).

C. Personnel

L'établissement est administré par une association de droit local à but non lucratif (gestion intercommunale). Un directeur est chargé de gérer le fonctionnement quotidien de l'établissement.

L'équipe médicale de la maison se compose de :

- Un médecin coordonnateur (0,50 ETP⁷³) ;
- Une pharmacienne (0,20 ETP) ;
- Une cadre infirmière et trois adjoints (3,00 ETP) ;
- Douze aides-soignants (9,75 ETP) ;
- Vingt auxiliaires de vie (16,00 ETP) ;
- Quatre veilleurs de nuit (4,00 ETP) ;
- Un psychologue (0,50 ETP).

Pour compléter cette équipe de soins, des professionnels libéraux interviennent au sein de l'établissement (ergothérapeute, kinésithérapeute, orthophoniste, médecins traitants des résidants).

A l'équipe de soins s'ajoutent :

- Un responsable qualité ;
- Trois agents de services techniques ;
- Une animatrice, épaulée par une association de bénévoles.

⁷³ Equivalent Temps Plein

D. La vie quotidienne à la Roselière

L'ensemble de la journée s'organise autour des repas. Ceux-ci sont prévus à heures fixes pour le déjeuner, et le dîner. Les résidents sont invités à se rendre en salle à manger (ou y sont accompagnés selon leur degré de dépendance). Prochainement, la maison de retraite bénéficiera de ses propres cuisines, ce qui permettra encore davantage une adaptation des menus proposés aux goûts et aux différents régimes des résidents.

Le petit déjeuner peut être servi en chambre, ou peut se présenter sous forme de buffet en salle à manger. Quant au goûter, il est servi dans les différents lieux de vie des résidents (chambres, salons, endroits où se tiennent les animations...).

En effet, plusieurs lieux sont mis à la disposition des résidents au sein de l'établissement :

- Un bar, à côté de la salle à manger ;
- Des salons conviviaux, équipés ou non de télévisions, au rez-de-chaussée et dans les étages ;
- Des bibliothèques aux différents étages, où les résidents peuvent trouver des romans, des revues, des journaux, les quotidiens régionaux... ;
- Un salon de coiffure, où les personnes âgées peuvent prendre rendez-vous (tout en laissant la possibilité aux familles d'emmener leurs proches à l'extérieur) ;
- Une salle à manger réservée aux familles ;
- Plusieurs espaces réservés aux animations ;
- Une chapelle, avec un service d'aumônerie, afin de préserver la liberté de conscience de chaque résident.

E. Surveillance médicale

Lors de leur entrée dans l'institution, les futurs résidants précisent le nom de leur médecin traitant, et gardent donc le libre choix de leur praticien. Les soins spécifiques nécessaires au quotidien des différents résidants (toilette, prise de médicaments, pansements...) sont assurés par l'équipe soignante de la maison, sous la responsabilité des infirmières.

Bien entendu, des consultations externes peuvent être demandées : médecin spécialiste, examens complémentaires, soins de pédicure, professionnels rééducateurs (orthophoniste, kinésithérapeute...).

F. Ouverture vers l'extérieur

Le téléphone est installé dans toutes les chambres sur demande des résidants. Une boîte aux lettres leur est également mise à disposition. Les visites sont possibles à tout moment de la journée, même si des horaires d'ouverture de l'établissement sont prévus (une sonnette est à disposition des visiteurs). De plus, les parents et les proches ont la possibilité de participer aux différentes animations qui sont proposées, et de partager des repas avec leur proche (une salle à manger est spécialement mise à disposition des familles pour cela).

Jusqu'à il y a peu de temps, le centre périscolaire de la commune avait ses locaux au sein de la maison de retraite. Des échanges intergénérationnels étaient donc organisés : repas en commun, animations partagées, présence d'une ludothèque au sein de l'établissement une fois par semaine, échanges plus informels... Malheureusement, ces relations ont été interrompues par les travaux d'extension qui sont en cours actuellement dans le bâtiment. Mais la volonté des équipes est forte de favoriser à nouveau ces échanges intergénérationnels.

Un partenariat avec l'ANCAH (Association Nationale pour l'Education des Chiens d'Assistance pour Handicapés) a permis en 2002 l'arrivée d'un chien d'accompagnement au sein de la maison. Depuis, plusieurs compagnons à quatre

pattes ont rejoint les résidants. Des stages de formation au dressage sont proposés au personnel et aux membres de l'Association de Bénévoles, ce qui rend possible la présence de ces chiens, au plus grand bonheur des résidants, avec qui ils tissent des liens parfois très forts. La présence de ces chiens permet parfois d'entrer en communication avec certains résidants, alors que celle-ci était très difficile auparavant.

G. Projet d'établissement, projet de vie

La volonté de l'établissement et de son personnel est de tout mettre en œuvre pour pouvoir faire bénéficier les résidants⁷⁴ :

- D'un accueil de qualité ;
- D'un personnel adapté à leurs besoins ;
- De relations amicales, sociales et familiales ;
- D'une adaptation à leur environnement ;
- Du maintien de leur autonomie ;
- Du respect de leurs choix culturels et religieux.

De même, le projet de soins cherche à suivre au plus près l'évolution des besoins de chacun et à y répondre, à assurer le bon déroulement des soins quotidiens, de manière à conserver au mieux la santé des résidants.

Tout ceci s'inscrit dans un souci de préserver la dignité et le respect de chacun.

⁷⁴ Livret d'accueil de la maison de retraite : *Vivre à la Roselière...*, mis à jour en août 2009, p.15.

H. Animations

Elles sont proposées par le personnel (animatrice essentiellement) et par une association de bénévoles. Au sein de la Roselière, l'animation se veut comme « un comportement au quotidien »⁷⁵. Des animations variées sont donc proposées aux résidents dans les divers endroits de l'établissement.

Les bénévoles de l'association et l'animatrice proposent également de nombreuses sorties : courses, restaurants, sorties culturelles. Pour ce faire, l'établissement dispose de deux minibus dont l'un est adapté au transport des personnes à mobilité réduite, d'une capacité de neuf places chacun. Pour les sorties plus importantes, un bus est affrété.

Par ailleurs, différents intervenants extérieurs viennent proposer des animations aux résidents : vente de vêtements par diverses sociétés, interventions d'orchestres, de chorales, de comédiens, de danseurs... Les familles sont également invitées à participer à certaines animations : repas conviviaux, journées de barbecue, jeux...

I. Dernières actualités

Actuellement, une nouvelle aile est en construction au sein de l'établissement. Elle sera consacrée à une unité Alzheimer, avec un accueil de 26 résidents supplémentaires, répartis en deux unités, et une équipe spécialisée dans la prise en charge des maladies neuro-dégénératives, et principalement de la Maladie d'Alzheimer. Son ouverture est prévue courant 2010.

De même, l'ensemble de la maison est réaménagé, avec l'installation de jardins intérieurs, d'une nouvelle salle à manger, de nouveaux espaces de vie, d'un espace d'expositions éphémères. Les locaux de l'Accueil de Jour ont été réinstallés et demande a été faite pour pouvoir accueillir dorénavant 12 personnes par jour, au lieu de 5 actuellement.

⁷⁵ *Ibid.*

II. Présentation de l'Association de Bénévoles

L'Association des Bénévoles de la Roselière se compose d'une cinquantaine de membres, issus des familles des résidants, des familles d'anciens résidants, personnes actives des villages environnants, anciens membres du personnel. Ils proposent des animations diverses tout au long de la semaine, que ce soit au sein de l'établissement, ou à l'extérieur. Ils travaillent en commun avec le personnel pour offrir aux résidants des activités variées.

En fait, les bénévoles se répartissent en plusieurs équipes pour proposer des animations différentes :

- Des ateliers de pâtisserie, où les résidants préparent les goûters à venir, et des ateliers de cuisine, où ils participent à la préparation d'un repas partagé avec les animateurs ;
- Des goûters à thème, comme des crêpes à la Chandeleur, des beignets à Carnaval..., mais aussi des goûters de pâtisseries orientales avec des danseuses... ;
- Un moment convivial de bar tous les samedis matins, accompagné de musique ;
- Des ateliers de création manuelle : bricolage, travail de la terre, arrangements floraux pour la décoration de la salle à manger, peinture, aquarelle, tricot... ;
- Des temps de jeux : belote, loto, jeux de société ;
- Des temps de mobilisation du corps : ateliers d'équilibre avec une ergothérapeute, jeux sportifs en vue d'olympiades entre les établissements pour personnes âgées du département (27 maisons de retraite du Haut-Rhin), sorties à la piscine, journées de pêche ;
- Des temps de stimulation mémorielle (ateliers mémoire) ;
- Des temps de stimulation musicale : ateliers contes et chants, ateliers chants et souvenirs, ateliers accordéon, orgue de Barbarie..., où les

résidants retrouvent les chansons qui ont accompagné leur vie et s'expriment par le chant ;

- Des sorties culturelles : concerts de divers genres musicaux, représentations théâtrales en dialecte, cinéma, médiathèque, musées ;
- Des sorties au marché, pour faire des courses ;
- Des sorties conviviales au restaurant, dans des pâtisseries, des pique-niques...

Durant toutes ces interventions, les bénévoles de l'Association sont en lien constant avec le personnel, et en particulier avec l'animatrice.

A la fin de chaque mois, les membres de l'Association se réunissent avec l'animatrice, en présence de certains résidants, afin de définir le programme des animations du mois suivant, de donner des nouvelles de l'établissement (décès de certains résidants, avancée des travaux...), et d'évoquer les soucis éventuels. Le choix des activités proposées s'effectue également à ce moment-là. Souvent, il s'agit de propositions qui émanent des bénévoles, en fonction de leurs centres d'intérêt, de leurs connaissances concernant les manifestations qui ont lieu alentours ou de personnes susceptibles d'intervenir au sein de l'établissement. Par exemple, l'une des bénévoles étant en contact avec des danseuses orientales, elle a proposé une après-midi de pâtisseries et de danses orientales.

Chap. II Dispositif expérimental

Pour réunir les informations nécessaires à la réalisation du livret (connaissances antérieures des bénévoles, informations utiles à apporter, informations souhaitées...), nous avons présenté aux bénévoles un questionnaire, et nous avons observé le déroulement des animations pendant une durée de deux semaines.

I. Réalisation du questionnaire

Nous avons élaboré un questionnaire, qui a été distribué à tous les membres de l'Association des Bénévoles de la Roselière au mois de février 2010. Cinquante questionnaires ont donc été distribués (par courrier ou par courrier électronique), accompagnés d'une lettre expliquant le but de cette enquête et indiquant les modalités (numéro de téléphone et adresse électronique où nous joindre pour d'éventuelles questions et pour nous faire parvenir les questionnaires)⁷⁶. Un certain nombre de réponses ont été recueillies lors d'entretiens, solution qui nous avait paru plus adaptée, étant donné qu'elle nous permettait d'explicitier certaines questions, mais aussi d'élargir l'échange et ainsi de découvrir certaines préoccupations des bénévoles auxquelles nous n'avions pas forcément pensé auparavant.

Description du questionnaire

Le questionnaire peut être décomposé en quatre parties :

- Une **entrée en matière**, qui nous permettra de replacer le contexte : on demande aux enquêtés depuis combien de temps ils interviennent au sein

⁷⁶ Voir annexe VII.

de l'association, pour quel type d'animations, et s'ils ont déjà pu assister à certaines formations. Ainsi, cela nous permet de cerner la population à laquelle devra s'adresser le livret (expérience passée, informations reçues).

- Un **état des lieux des connaissances de chacun** en matière de communication et d'orthophonie: on leur demande ce qu'est, pour eux, la notion de communication, s'ils peuvent identifier les types d'échanges utilisés au cours des animations (de leur part et de la part des participants), et ce qu'ils savent du rôle de l'orthophoniste auprès des personnes âgées. Nous pourrions ainsi nous rendre compte des informations déjà connues et de celles qui restent à clarifier.
- Un **questionnement sur le déroulement des animations et l'organisation de l'établissement** : s'ils ont déjà rencontré des difficultés de communication avec certains patients, quelles solutions ils ont pu trouver dans ces cas, s'ils ont la possibilité d'échanger avec des professionnels de l'établissement, mais aussi quels types d'activités, quels modes d'expression ils utilisent lors des animations pour favoriser la communication. Cela nous permet non seulement d'avoir un premier aperçu du fonctionnement de l'établissement, mais également de connaître quelles sont les expériences passées des bénévoles, quelles difficultés ils ont pu rencontrer.
- Et, enfin, un **espace libre**, où on leur demande quelles sont leurs attentes en matière d'information sur la communication. Là, cela nous laisse découvrir quels peuvent être les questionnements directs des bénévoles, où se situent leurs préoccupations.

Le questionnaire se compose :

- de **questions fermées**, avec des réponses du type oui/non permettant d'orienter les questions suivantes (si oui...) ;
- de **questions ouvertes**, dont la réponse est libre ;

- de **questions semi-ouvertes**, pour lesquelles des propositions de réponses sont données, mais où on laisse la liberté aux enquêtés d'ajouter d'autres réponses.

II. Observation des animations

Durant deux semaines, nous avons assisté à toutes les animations proposées par les différents intervenants de la maison de retraite, à savoir intervenants professionnels extérieurs (une artiste et une ergothérapeute), animatrice et stagiaire BPJEPS (Brevet Professionnel de la Jeunesse, de l'Education Populaire et du Sport) en spécialisation gérontologique, et bénévoles de l'association. Nous avons pu apprécier le déroulement de chaque animation, selon qu'elle était proposée par des professionnels de l'établissement, par des professionnels extérieurs ou par des bénévoles. Nous avons également pu observer les attitudes des uns et des autres au cours de ces activités, le but étant de relever les attitudes positives et négatives, celles qui étaient intéressantes pour favoriser la communication, et celles contre lesquelles il était plus prudent de mettre en garde.

Ces observations se sont effectuées durant les congés scolaires, du 15 au 25 février 2010. Nous avons eu l'occasion d'assister à la quasi-totalité des différentes activités proposées (les activités sont prévues pour le mois et ont lieu en général deux fois par mois).

Chap. III Description du questionnaire et analyse des réponses données

Les questions proposées peuvent être regroupées selon plusieurs thèmes :

- Population visée ;
- Connaissances en matière de communication et d'orthophonie ;
- Déroulement des animations et organisation de l'établissement ;
- Attentes en matière de communication.

Nous allons décrire ici les différentes questions, les informations que nous recherchons en posant ces questions, les données que nous avons pu recueillir lors de la passation du questionnaire et les conclusions que nous pouvons tirer de ces données.

I. Population visée (questions 1, 2 et 3)

A. Informations recherchées par les différentes questions et données recueillies

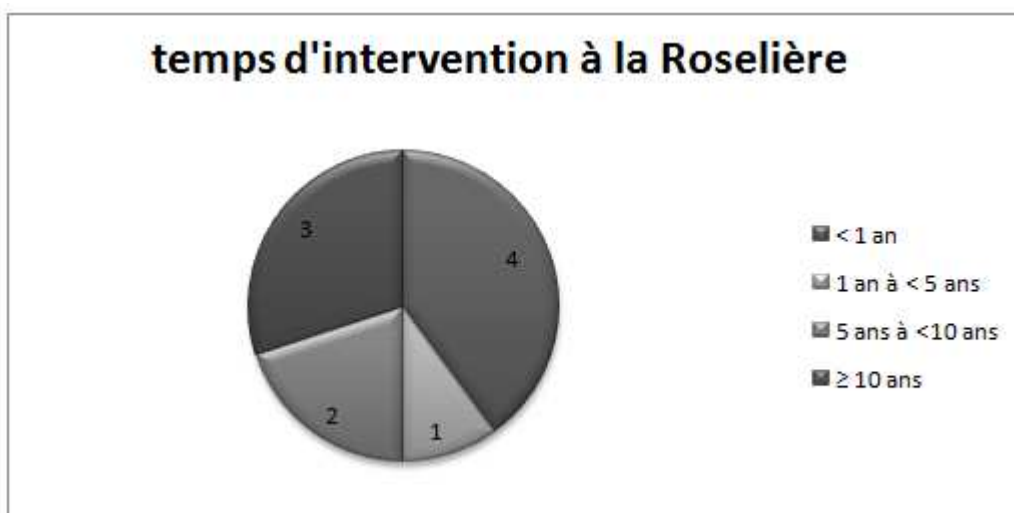
Question 1 : Depuis combien de temps intervenez-vous à la Roselière avec l'Association des Bénévoles de la Roselière ?

1. Informations recherchées

Cette question (ainsi que les deux suivantes, 2 et 3) nous permet d'entrer en matière, et de cerner le contexte dans lequel se place la personne interrogée. En effet, selon le temps déjà passé à intervenir dans la maison de retraite, les besoins

des bénévoles ne seront pas les mêmes. L'expérience du temps passé au contact des personnes âgées permet d'acquérir des savoirs et des savoir-faires concernant ce public. Au fur et à mesure de l'avancée du temps, les bénévoles peuvent trouver des solutions à des difficultés qu'ils rencontrent, peuvent apprendre à s'adapter à certains types de pathologies, apprennent également à connaître les personnes auprès desquelles ils interviennent (leurs goûts, leurs besoins, leurs capacités et leurs difficultés). Il est également possible que des habitudes s'installent, qui ne sont pas toujours adaptées (infantilisation, voix forte...). Ainsi, les personnes les plus expérimentées pourront nous apporter un partage de leurs expériences, des capacités qu'ils ont pu acquérir au fil du temps, mais, parfois, il sera également plus difficile pour nous, future jeune professionnelle, de leur apporter des informations allant à l'encontre de leurs comportements habituels. Il sera donc important de prendre garde à notre manière de présenter les informations apportées, de sorte qu'elles ne soient pas entendues comme des jugements de pratiques, mais plutôt comme des conseils pour faire encore mieux !

2. Données recueillies



La plupart des bénévoles interrogés ne sont présents que depuis moins d'un an. Mais trois d'entre eux ont une expérience importante de l'animation à la Roselière, puisqu'ils sont présents depuis plus de dix ans.

Question 2 : Pour quel type d'animation intervenez-vous en général ?

1. Informations recherchées

Là aussi, selon le type d'animation pour lequel ils interviennent, les bénévoles n'auront pas les mêmes besoins. Et certains types d'animation nécessitent davantage d'échanges, de communication que d'autres. Par exemple, un atelier de contes, d'expression artistique sollicite davantage la communication qu'un atelier de pâtisserie ou de jeux sportifs. Il sera intéressant pour nous de connaître quelles sont ces animations, afin d'adapter nos conseils aux possibilités offertes par les différentes activités. De plus, connaître le type d'animations proposées nous permettra d'avoir un premier aperçu du niveau de stimulation de la communication permis par ces activités.

2. Données recueillies

Les animations proposées sont très variées :

- Jeu de société -> belote, loto ;
- Aide lors de grandes manifestations (théâtre, jeux sportifs) ;
- Accordéon, chant ;
- Cuisine ;
- Bar ;
- Pâtisserie ;
- Accompagnement de sorties ;
- Contes et chants ;
- Jeux sportifs ;
- Visites.

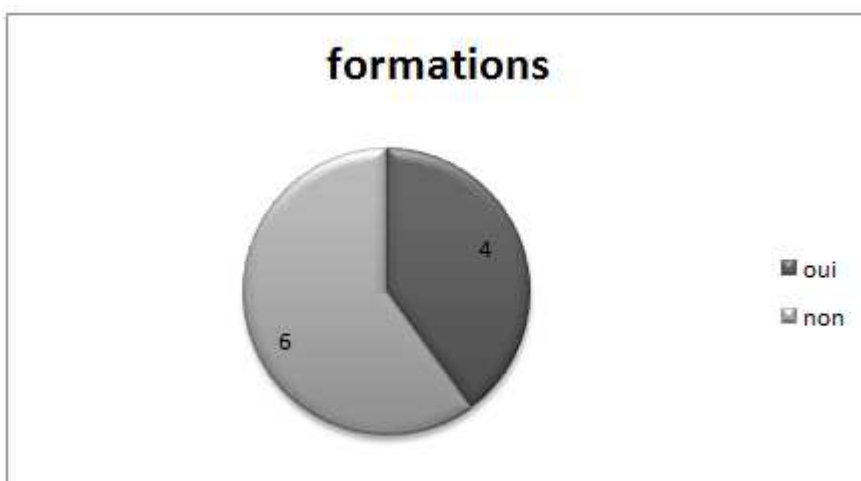
Les résultats obtenus à ces deux questions nous permettent de dire que la population des bénévoles enquêtés est très diversifiée : on rencontre des bénévoles qui sont présents dans l'établissement depuis un certain temps (10 ans et plus), et qui ont donc déjà acquis une certaine expérience de l'intervention auprès des personnes âgées, mais aussi des personnes moins expérimentées, qui sont présentes depuis quelques mois uniquement. De même, les animations proposées sont très diversifiées, mais on se rend compte que l'on retrouve souvent les mêmes bénévoles pour le même type d'animation (jeux, cuisine, sorties...).

Question 3 : Avez-vous déjà pu assister à certaines formations ? Si oui, lesquelles ?

1. Informations recherchées

Cette question nous permet de savoir si certains enquêtés ont pu recevoir des informations concernant la communication au cours de formations dispensées par l'intermédiaire de l'Association. En effet, il nous avait semblé, lors de notre premier contact avec les membres de cette association, que peu d'entre eux avaient bénéficié de formations concernant l'intervention auprès de personnes âgées institutionnalisées. Cette constatation ne s'étant basée que sur quelques échanges avec peu de bénévoles, nous avons voulu en savoir davantage, non seulement sur l'effectif, mais aussi sur le type de formations auxquelles certains ont pu assister. Cela nous permettra de nous rendre compte de la quantité et du type d'informations qui ont pu être donnés aux bénévoles concernant la communication avec les personnes âgées institutionnalisées.

2. Données recueillies



Les thèmes donnés par les bénévoles sont les suivants :

- Etre bénévole en milieu pour personnes âgées (définition des rôles du bénévole, règles) ;
- Alzheimer (comment approcher les personnes malades Alzheimer) ;
- Formations internes destinées au personnel soignant et ouvertes aux bénévoles : maladie d'Alzheimer, alimentation de la personne âgée, accompagnement relationnel de la personne âgée.

Au vu des réponses recueillies à cette question, nous pouvons affirmer que peu de bénévoles assistent à des formations. De plus, comme l'indique l'une des enquêtées, la plupart de ces formations sont destinées au personnel soignant, et donc adaptées à ce public, même si elles sont ouvertes aux bénévoles.

La plupart des formations suivies restent générales : elles concernent les rôles de chacun au sein d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, les règles à suivre, mais aussi certaines facettes du travail avec les personnes âgées en général (alimentation, accompagnement relationnel), et la maladie d'Alzheimer, pathologie à laquelle les bénévoles seront particulièrement confrontés prochainement (avec l'ouverture d'une aile réservée à l'accueil des personnes âgées DTA).

B. Conclusion tirées de ces données

Etant données la diversification de la population visée et la diversité des animations proposées, il nous semble qu'il sera utile de rendre le livret polyvalent, c'est-à-dire qu'il puisse s'adapter au maximum de personnes visées (bénévoles expérimentés ou non, pour tout type d'animation).

Du fait que peu de bénévoles ont pu assister à des formations, qui ne sont souvent pas adaptées à leurs besoins, il nous apparaît que l'apport d'informations sous la forme d'un livret soit adapté, puisque cette forme permet d'éliminer la contrainte du temps (la personne peut lire le livret quand elle en a le temps ou l'envie, et peut y revenir à sa guise). De même, il nous apparaît nécessaire de produire des informations adaptées aux besoins et contraintes spécifiques des bénévoles. En effet, ceux-ci ne sont pas les mêmes que ceux du personnel soignant et, jusqu'à présent, aucune information spécifique, adaptée à ces besoins ne leur a été apportée.

II. Connaissances en matière de communication et d'orthophonie (questions 4, 5, 6 et 10)

A. Informations recherchées par les différentes questions et données recueillies

Question 4 : Pour vous, qu'est-ce que la communication ?

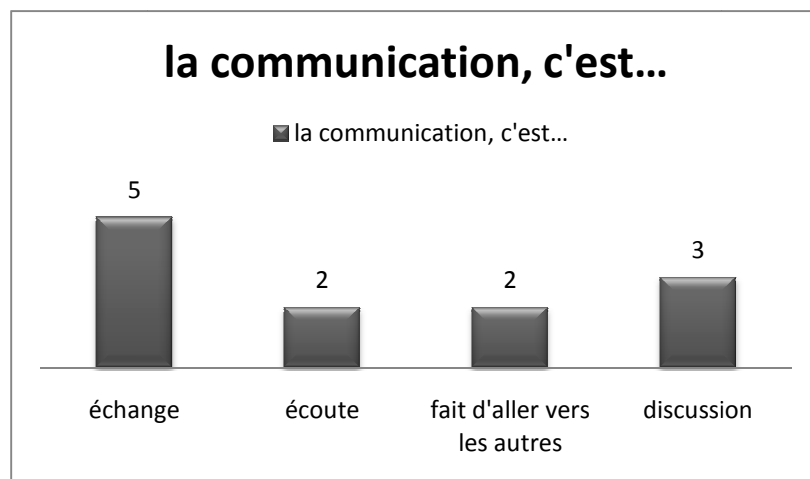
1. Informations recherchées

Là, nous demandons aux bénévoles leur propre conception de ce qu'est la communication, sans qu'ils aient à faire appel à d'éventuelles connaissances

théoriques. Il est certain que les informations théoriques qu'ont pu recevoir certains lors de formations proposées par l'établissement ou dans le cadre de leur profession, vont influencer sur la conception qu'ils se font de la notion de communication. Mais le but ici est réellement de connaître la définition propre que chaque bénévole se fait de cette notion. Cela nous permettra de savoir quels aspects de la communication il pourra être intéressant de développer au sein de notre livret (échange, message transmis d'un locuteur à un interlocuteur, communication verbale et non-verbale...).

2. Données recueillies

Certaines notions sont revenues plusieurs fois dans les réponses des enquêtés :



D'autres notions sont également évoquées par les bénévoles :

- Le fait de transmettre un message ;
- Les regards ;
- Le remerciement ;
- Le fait d'entrer en contact ;
- Le sourire ;

- Un ressenti réciproque ;
- La musique ;
- Le fait d'apprendre à se connaître ;
- Des propositions, une situation.

Sous la notion d'échange, les enquêtés englobent les échanges de nouvelles, de vécu (enfance et parents), les échanges d'idées.

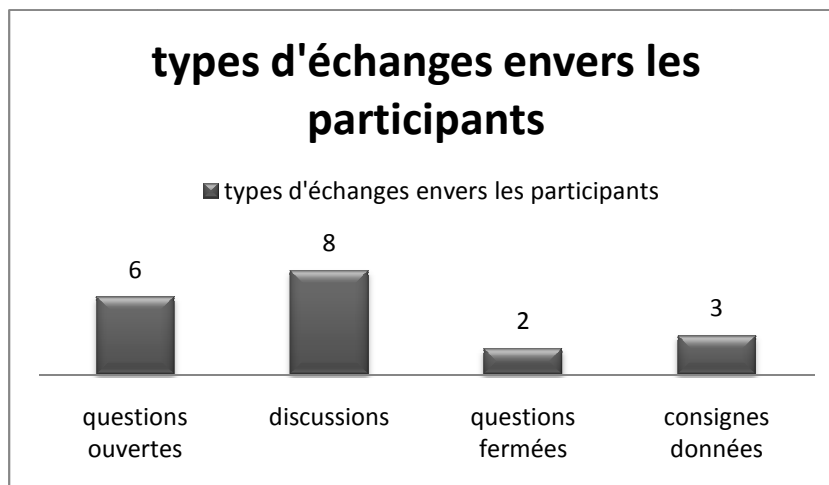
Les réponses recueillies à cette question nous apportent beaucoup d'informations sur la conception que se font les bénévoles de ce qu'est la communication, et donc nous donnent une première idée de la manière dont ils vont entrer en communication avec les personnes âgées, et les considérer comme communicantes ou non communicantes. On remarque que cette conception est très différente d'une personne à une autre, même si certaines notions reviennent de manière très régulière, en particulier la notion d'échange.

Question 5 : Lors des animations, quels types d'échanges avez-vous avec les participants ?

1. Informations recherchées

Ici, nous cherchons à savoir si les enquêtés peuvent identifier les différents actes de langage qu'ils utilisent avec les participants aux animations, de savoir s'il s'agit d'interactions symétriques, où les deux interlocuteurs se situent au même niveau (discussions, débats...), ou d'interactions asymétriques, où l'un des interlocuteurs se situe à un niveau supérieur à celui de l'autre (explications, questions...). De plus, cela nous permet de voir si les discussions sont possibles, avec une certaine interaction (l'échange entre les interlocuteurs va dans les deux sens) ou si le langage n'est utilisé que pour de l'utilitaire (consignes, questions fermées), en échanges unilatéraux.

2. Données recueillies



La plupart des échanges évoqués sont les questions ouvertes, les discussions, les questions fermées et les consignes données. De plus, certains bénévoles parlent d'échanges par le chant, par les rires.

Beaucoup d'entre eux indiquent un manque de temps pour les discussions, et également une adaptation des types d'échanges (de questions essentiellement) selon les participants.

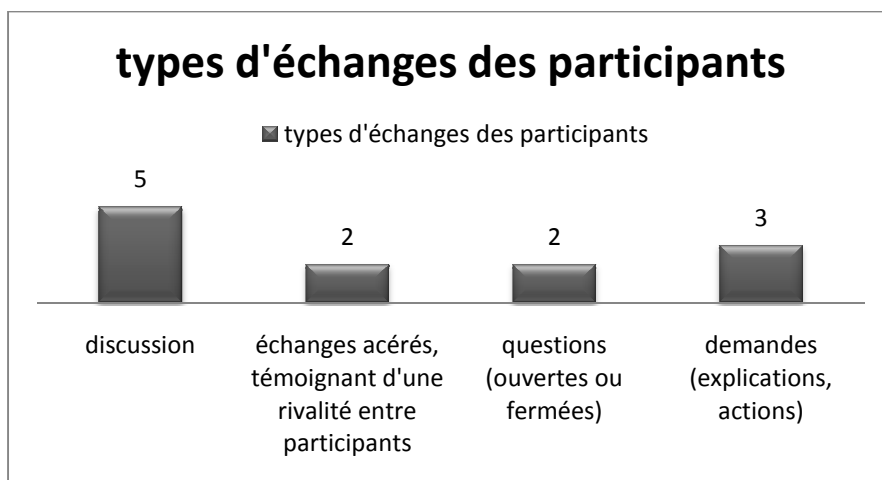
Ainsi, on peut dire que les bénévoles savent définir les différents actes de langage qu'ils utilisent avec les résidents. Nous constatons également que ces actes de langage sont diversifiés : les bénévoles posent des questions, ouvertes et fermées, en s'adaptant selon les personnes avec lesquelles ils interagissent, ils discutent avec certains participants, ils donnent des consignes.

Question 6 : Quels types d'échanges les participants aux animations utilisent-ils entre eux et envers vous ?

1. Informations recherchées

Là aussi, nous cherchons à savoir si les bénévoles peuvent identifier les actes de langage utilisés, si les échanges sont uni ou bilatéraux, en interactions symétriques ou asymétriques, mais nous chercherons également à savoir quels actes de langage sont utilisés par les personnes âgées rencontrées par les enquêtés (actes de langage directs ou indirects, intervention orale ou non-verbale...). Ainsi, nous pourrions savoir si les résidents participant aux animations sont plutôt communicants ou non, quels types d'interactions ils utilisent.

2. Données recueillies



La moitié des bénévoles indique que les participants peuvent discuter avec eux, mais que cela n'arrive pas souvent, et seulement avec quelques personnes. De même, beaucoup de demandes sont exprimées, mais celles-ci sont souvent utilitaires (aller aux toilettes, boire...).

Les enquêtés évoquent également des expressions de reconnaissance de la part des participants aux animations, ou l'évocation de souvenirs dans certaines activités, par exemple par des commentaires sur les chants proposés.

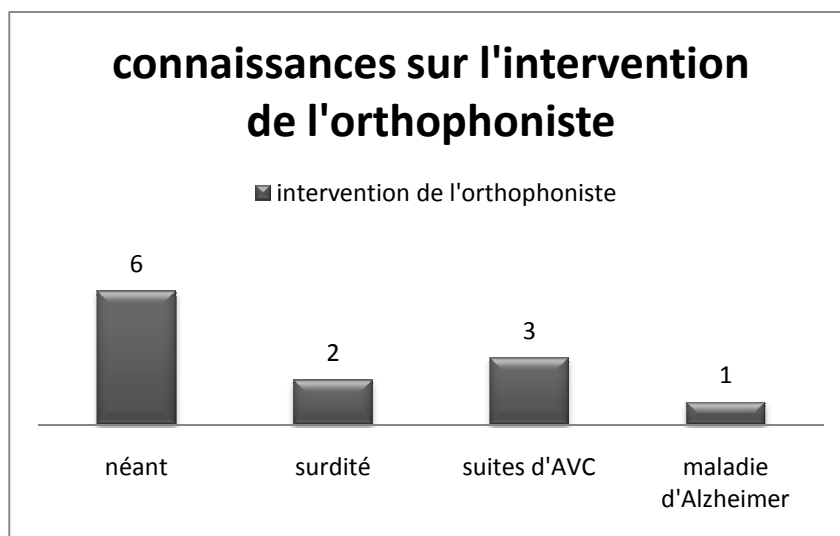
Là, nous pouvons observer que les bénévoles savent repérer les actes de langage utilisés par les participants, mais aussi qu'ils repèrent les difficultés qui peuvent exister entre les participants (rivalité). Lors de l'entretien avec les bénévoles, beaucoup ont parlé de demandes formulées par les participants, mais auxquelles ils ne peuvent pas répondre, comme les demandes pour aller aux toilettes, par exemple. Certains bénévoles parlent de difficultés qu'ils ont déjà pu rencontrer face à ce type de demandes, sachant qu'ils ne sont pas habilités à accompagner les personnes âgées jusqu'aux toilettes. Ils indiquent qu'avec l'expérience ils ont appris à gérer ces difficultés en demandant l'accompagnement d'une aide-soignante pour les sorties, par exemple.

Question 10 : Que connaissez-vous de l'intervention de l'orthophoniste auprès des personnes âgées ?

1. Informations recherchées

Cette question nous permet d'avoir une première idée des connaissances de chacun sur le rôle de l'orthophoniste auprès des personnes âgées, afin de les approfondir en expliquant exactement en quoi consiste ce rôle. En effet, dans le grand public, l'orthophoniste est surtout connu comme professionnel de l'enfance. Il sera donc important de rappeler qu'il détient des compétences également auprès des adultes, et en particulier des adultes âgés (prise en charge après AVC, maladies neuro-dégénératives, rééducation de la voix, cancérologie ORL, surdit e acquise).

2. Données recueillies



Le graphique ci-dessus nous montre que peu de bénévoles seulement connaissent quelques informations sur l'intervention des orthophonistes auprès des personnes âgées. Ces connaissances sont souvent tirées de formations auxquelles les bénévoles ont pu assister (maladie d'Alzheimer, surdité acquise), ou du fait d'avoir été confrontés dans leur famille à ces pratiques (suites d'AVC). De ce fait, ces connaissances sont très peu élargies, et se limitent aux domaines auxquels les bénévoles ont été confrontés personnellement.

B. Conclusions tirées de ces données

Même si les bénévoles ont déjà tous une conception plutôt développée de ce qu'est la communication, englobant les notions d'échange, d'écoute, il restera intéressant de leur apporter quelques notions encore, comme celles de communication verbale et de communication non-verbale, par exemple. Cela pourra leur permettre d'utiliser davantage la communication non-verbale dans leurs échanges. En effet, la plupart des échanges repérés par les bénévoles pour l'instant restent des échanges verbaux, même si certains parlent également de communication par le chant, par les rires.

De plus, étant donné que peu de bénévoles connaissent les principes de l'intervention de l'orthophoniste auprès des personnes âgées, n'y ayant pas forcément été confrontés de manière personnelle, il sera intéressant de préciser dans quels domaines peut intervenir ce professionnel, dans quels buts et par quels moyens. Il sera également utile de préciser les démarches à suivre (prescription médicale, bilan, rééducation si nécessaire).

III. Déroulement des animations et organisation de l'établissement (questions 7, 8, 9 et 11)

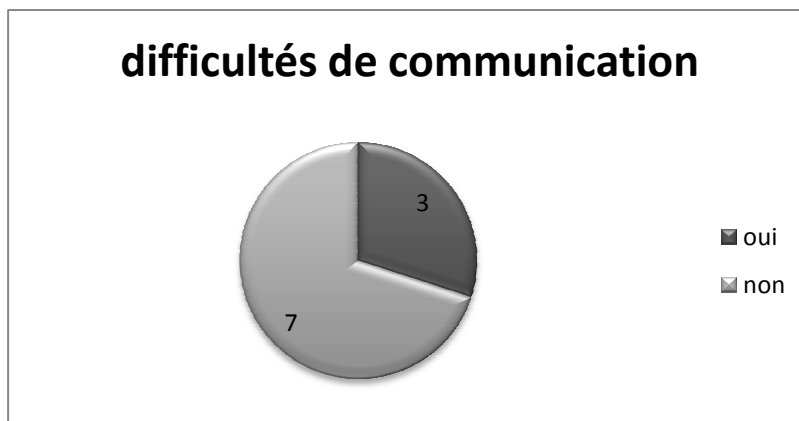
A. Informations recherchées par les différentes questions et données recueillies

Question 7 : Avez-vous déjà rencontré des difficultés de communication avec certains participants ? Si oui, lesquelles ?

1. Informations recherchées

Ici, nous voulons voir si les bénévoles ont pu identifier d'éventuelles difficultés qu'ils ont pu rencontrer avec certains participants aux animations (surdité, troubles de la compréhension, troubles de l'expression...). En effet, au cours de notre pr c dent stage à la Roselière, nous avons rencontré beaucoup de personnes âgées pathologiques, qui avaient des difficultés de communication de degrés divers (aphasie, surdité, démence). Nous avons donc ici voulu savoir si ces difficultés pouvaient poser de réels soucis au cours des animations, et si les bénévoles savaient les reconnaître et les identifier. A partir de là, nous pourrons, dans notre livret, donner des conseils pratiques et concrets d'adaptation à ces difficultés.

2. Données recueillies



Au regard de ce diagramme en camembert, seuls peu de bénévoles semblent avoir rencontré des difficultés de communication avec les participants aux animations, ou, tout du moins, semblent avoir su les identifier.

Les seules difficultés de communication relevées par les enquêtés sont :

- La surdité ;
- Le fait que certains participants ne parlent pas du tout ;
- L'agressivité ;
- La tristesse de certains participants, par périodes.

Question 8 : Dans ces cas, quelles solutions avez-vous pu trouver ?

1. Informations recherchées

Nous cherchons à savoir comment les enquêtés s'adaptent aux participants et aux difficultés qu'ils peuvent rencontrer lors de leur communication avec eux, mais aussi s'ils se rendent compte de leurs adaptations ou si celles-ci se présentent comme quelque chose d'automatique. Comme cela a été précisé dans la lettre qui accompagne le questionnaire, cette question nous donne également des indications

sur les expériences pratiques des bénévoles, sur les connaissances qu'ils ont pu acquérir au cours de leur expérience auprès des adultes âgés, support bien souvent très intéressant pour les futurs jeunes professionnels que nous sommes. De plus, les solutions recueillies ici pourront être citées dans notre livret. En effet, les solutions trouvées par certains bénévoles peuvent aider d'autres bénévoles dans les difficultés qu'ils rencontrent. Le partage d'expérience permet de trouver d'autres idées, d'autres manières de faire qui fonctionneront peut-être là où, pour le moment, nous avons pu nous sentir en difficulté.

2. Données recueillies

Différentes solutions ont été évoquées par les bénévoles, selon les difficultés rencontrées :

- Utiliser la musique pour rentrer dans le rythme, imiter les gestes ;
- Canaliser les difficultés comportementales ;
- Garder la douceur, la communication ;
- Etre à l'écoute des attentes ;
- Respecter le refus ;
- Dédramatiser, rire ;
- Penser à autre chose.

Malgré le peu de difficultés identifiées par les enquêtés, beaucoup d'entre eux donnent des solutions possibles à ce type d'entraves à la communication. Il semble donc que davantage de bénévoles aient été confrontés à des difficultés de communication qu'ils ne l'expriment. Mais certains n'ont peut-être pas ressenti ces situations comme problématiques. Les solutions partagées sont très intéressantes : elles sont très ancrées dans le respect des personnes (être à l'écoute, respecter le refus) ou se placent plutôt dans une attitude de détournement de la situation problématique (dédramatiser, rire, penser à autre chose).

Question 9 : Vous est-il possible d'échanger avec les professionnels de la maison de retraite lorsque vous rencontrez des difficultés avec certains patients ? Si oui, avec quels professionnels ?

1. Informations recherchées

Cette question nous permet d'avoir une idée des échanges qui peuvent exister entre les bénévoles et les membres de l'équipe soignante de l'établissement, échanges importants pour assurer des attitudes cohérentes face aux personnes. En effet, les membres des équipes soignantes intervenant en maison de retraite ont souvent peu de temps à consacrer aux échanges avec les intervenants extérieurs, qu'il s'agisse de la famille ou de bénévoles. Pourtant, ces échanges sont réellement indispensables pour permettre une prise en charge globale des personnes âgées, harmoniser le discours qui leur est tenu et ainsi leur apporter des points de repère, constituer un espace sécuritaire autour d'elles. Nous avons donc voulu savoir comment cela se passe dans ce lieu précis.

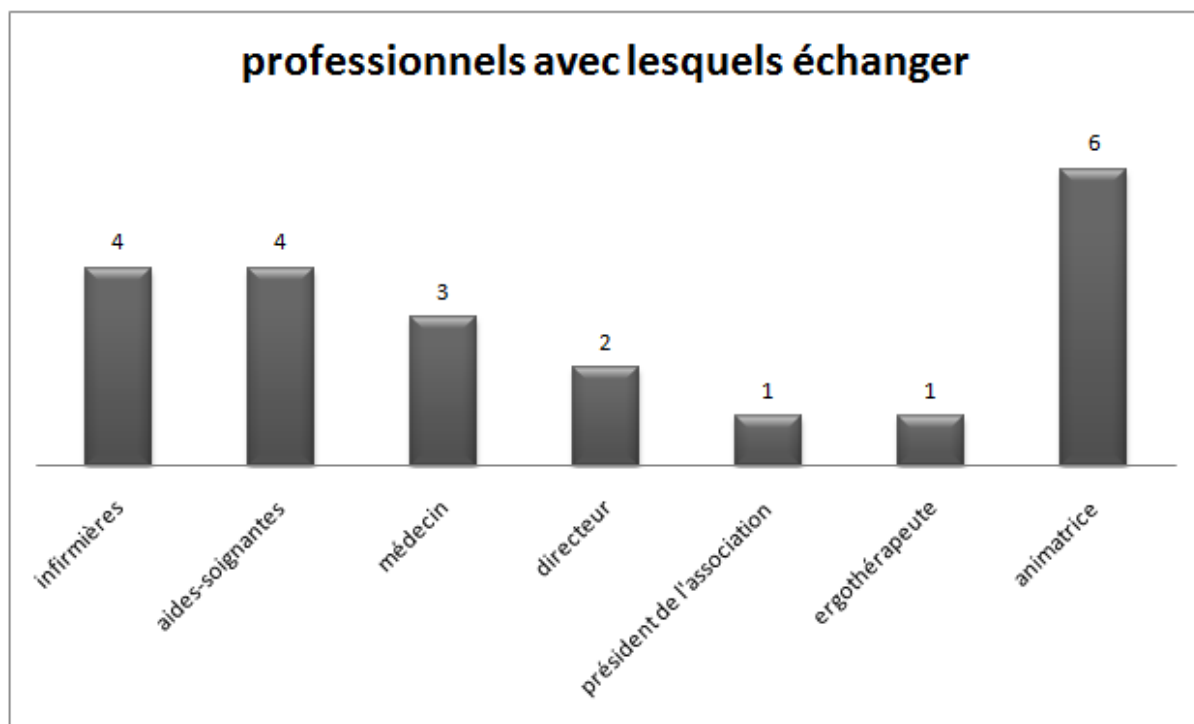
2. Données recueillies



La quasi-totalité des bénévoles interrogés répond positivement à cette question, mais la plupart d'entre eux indique également qu'ils manquent souvent de

temps pour évoquer les vraies difficultés qu'ils sont amenés à rencontrer. Les échanges sont cependant possibles au sein de l'établissement.

Les enquêtés ayant répondu par la négative n'ont, en fait, pas encore eu le besoin d'échanger avec des professionnels.



La plupart des échanges se font avec l'animatrice, présente de manière régulière aux différentes activités proposées par les bénévoles. Comme nous l'avons évoqué précédemment⁷⁷, l'animatrice est un personnage central de l'établissement : c'est elle qui fait le lien entre les résidants et le personnel soignant ou hôtelier, mais aussi entre l'établissement et les familles, et entre l'établissement et les bénévoles.

Beaucoup de bénévoles évoquent également des échanges avec les aides-soignantes ou les infirmières, personnes les plus disponibles de l'équipe soignante et les plus faciles à rencontrer dans l'établissement.

Les échanges sont surtout facilités par les réunions de bénévoles qui ont lieu une fois par mois, en présence du Président de l'Association des Bénévoles, qui est également médecin, et de l'animatrice de la maison de retraite.

⁷⁷ Voir partie théorique, Chap. II. II. B. 2. Le rôle de l'animateur... .. au sein de l'institution, p. 35.

Question 11 : Quel type d'intermédiaire utilisez-vous lors des animations pour favoriser la communication avec les personnes participantes ?

1. Informations recherchées

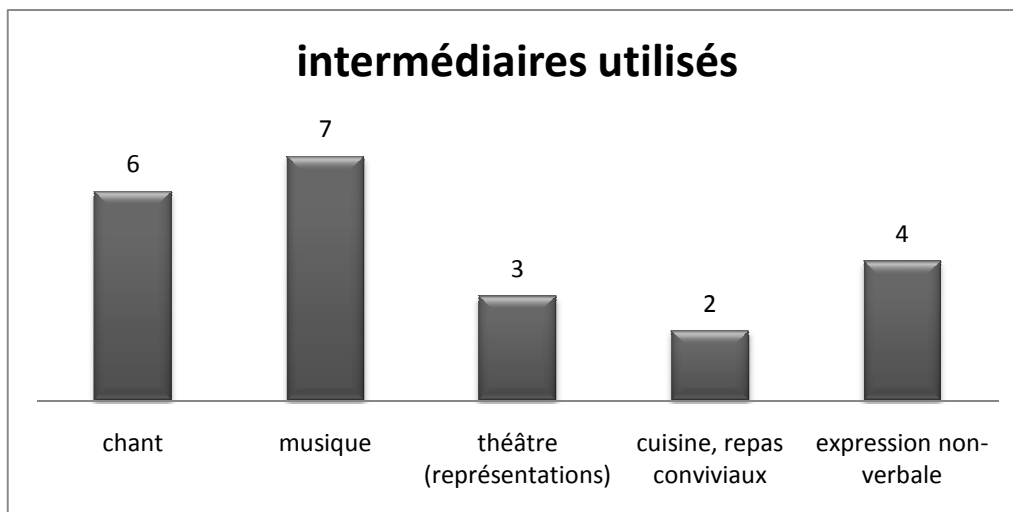
Ici, nous cherchons à savoir quels sont les moyens déjà utilisés et quels sont ceux que nous pourrions proposer ultérieurement. Par intermédiaire, nous entendons médiateur, moyen de communication. Nous donnons diverses propositions de réponses :

- Chant ;
- Théâtre ;
- Langage écrit ;
- Musique ;
- Poésie ;
- Dessin/peinture ;
- Expression non verbale (mimiques, gestes) ;

Et laissons une ouverture pour permettre aux enquêtés d'ajouter d'autres moyens.

Beaucoup de modes de communication différents peuvent être utilisés avec les personnes âgées pour favoriser la communication, c'est pourquoi il nous a paru utile de connaître ceux déjà mis en place, et ceux qui resteront éventuellement à développer.

2. Données recueillies



Les moyens les plus fréquemment cités sont le chant et la musique, ainsi que l'expression non-verbale (gestes, mimiques...). Les représentations théâtrales, essentiellement en dialecte alsacien, et les repas conviviaux permis par les ateliers de cuisine apparaissent ensuite.

D'autres moyens ont également été évoqués, de manière plus anecdotique :

- Poésie ;
- Déguisements ;
- Art-thérapie (clown relationnel)⁷⁸ ;
- Expression quotidienne (rester naturel) ;
- Actualité ;
- Parole ;
- Jeux ;
- Langage écrit ;
- Blagues.

On se rend donc compte ici que les modes de communication utilisés sont très diversifiés, et se situent tant dans la communication verbale (expression quotidienne,

⁷⁸ Voir annexe VIII.

parole, langage écrit...) que dans la communication non-verbale (musique, chant, gestes, mimiques...). Ils dépendent beaucoup des centres d'intérêt de chaque bénévole.

B. Conclusions tirées de ces données

Suite à l'analyse des réponses recueillies à ces questions, nous pouvons affirmer que les intermédiaires utilisés lors des animations pour favoriser la communication des personnes âgées participantes sont déjà très diversifiés et donc très riches, tant sur le mode verbal que le mode non-verbal. Les bénévoles disent utiliser le langage, qu'il soit oral ou écrit, mais aussi les gestes, les mimiques, la musique, la poésie... De même, beaucoup de bénévoles apportent des solutions très intéressantes aux éventuelles difficultés de communication qu'ils peuvent rencontrer, mais celles-ci restent plutôt générales (pas d'attitudes concrètes citées). Ils parlent de respect, d'utilisation de la communication non-verbale, du fait de rester à l'écoute, ou alors de détourner la difficulté en passant par le rire. Il sera donc intéressant d'apporter des conseils concrets permettant de favoriser la communication des personnes participant aux animations ou de contrer les difficultés rencontrées avec certains.

Au niveau du fonctionnement de l'établissement, on constate que les échanges sont tout à fait possibles, tout en gardant un contact privilégié avec l'animatrice, pierre angulaire d'une intervention globale auprès des personnes âgées.

IV. Attentes en matière de communication (question 12)

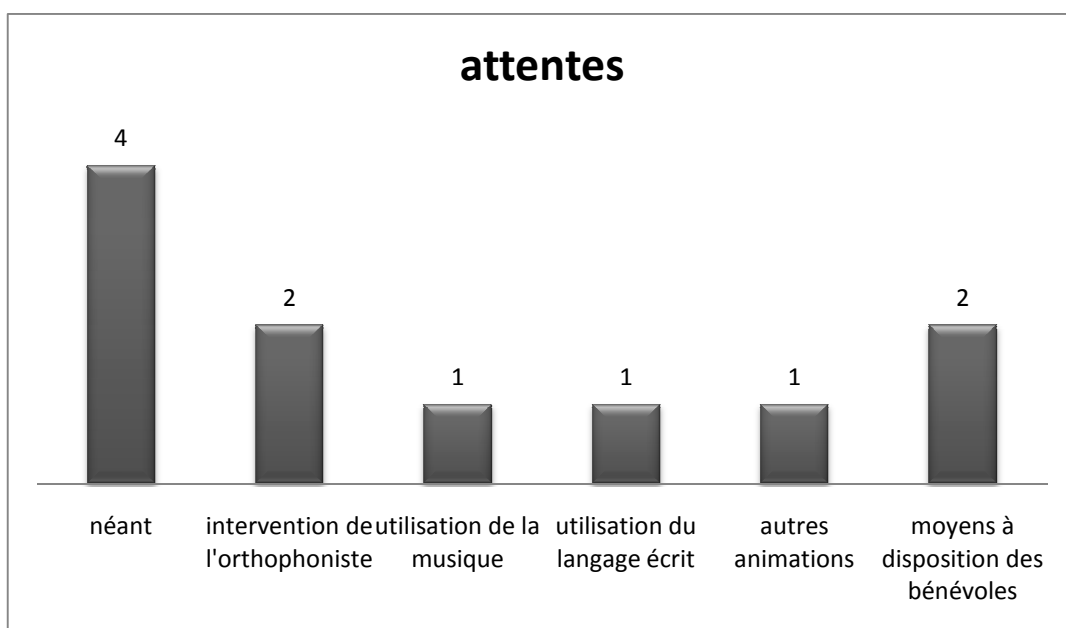
A. Informations recherchées par les différentes questions et données recueillies

Question 12 : Quelles informations supplémentaires souhaiteriez-vous pouvoir recevoir en ce qui concerne la communication avec les personnes âgées institutionnalisées ?

1. Informations recherchées

Cette question est un espace de liberté, où nous pouvons recueillir les besoins directs des enquêtés en matière de communication. En effet, afin de pouvoir créer un livret qui se situe au plus proche des besoins en information des bénévoles, il nous a paru intéressant de laisser un espace libre, afin de recueillir ces besoins spécifiques.

2. Données recueillies



Les attentes des bénévoles sont très diversifiées. Elles concernent essentiellement l'intervention de l'orthophoniste et les moyens concrets à leur disposition pour favoriser la communication avec les personnes qu'ils rencontrent lors des animations. Quelques demandes plus précises ont été formulées : utilisation de la musique et du langage écrit, propositions d'autres animations.

De plus, certains enquêtés ont exprimé le souhait d'avoir davantage de temps pour s'informer, d'avoir davantage d'informations de la part de l'établissement sur l'état de santé des personnes qu'ils rencontrent au cours des animations, ce qui, malheureusement, n'est pas de notre ressort.

B. Conclusions tirées de ces données

Comme les demandes des bénévoles sont diversifiées, et concernent l'intervention de l'orthophoniste, les moyens concrets à leur disposition pour favoriser la communication, l'utilisation de divers modes de communication (langage écrit et musique), le livret à élaborer devra être plutôt pratique, donner des informations concrètes, des conseils pratiques susceptibles d'être mis en place par les bénévoles au cours de leurs animations, mais aussi des indications sur l'orthophonie et le rôle de cette profession auprès de personnes âgées institutionnalisées.

Chap. IV Analyse des observations des animations

I. Différentes animations observées

Au cours de ces deux semaines d'observation, nous avons eu l'occasion d'assister à différentes animations. Celles-ci peuvent être regroupées selon plusieurs thèmes :

- **Travaux manuels et créatifs**, avec un atelier terre et argile, proposé par une artiste professionnelle (travail de la terre glaise, collage de papier de soie, travail du bois...), un atelier de peinture, proposé par la stagiaire BPJEPS (utilisation de la peinture pour la copie d'images choisies antérieurement, pour la représentation d'images mentales), et un atelier d'arrangements floraux (pour la décoration de la salle à manger) proposé par l'animatrice ;
- **Mobilisation du corps**, avec un atelier de jeux sportifs, géré par les bénévoles (entraînement à la pétanque, au lancer, aux cerceaux en vue d'une compétition entre maisons de retraite), et un atelier équilibre, géré par une ergothérapeute ;
- **Cuisine**, avec des ateliers de cuisine gérés par des bénévoles (préparation en commun et partage d'un repas convivial entre bénévoles et résidents), et des ateliers de pâtisserie proposés par l'animatrice (préparation de pâtisseries pour les goûters à venir ou pour le bar du samedi) ;
- **Musique**, avec un atelier accordéon proposé par des bénévoles (l'une d'entre elles joue des chansons françaises et allemandes de l'époque de la jeunesse des résidents, et les autres chantent avec eux), et un concert d'orgue de barbarie, proposé par des bénévoles, avec le même type de chansons et la possibilité pour les résidents de jouer, eux aussi, de cet instrument ;

- **Jeux de société**, avec une après-midi de belote, gérée par les bénévoles (plusieurs tables de jeux) et une après-midi de loto, également gérée par les bénévoles ;
- **Stimulation mémorielle**, avec un atelier mémoire, proposé par une bénévole (rappels sur les noms, les dates, le comptage...).

Tout au long des observations réalisées à la Roselière auprès de l'Association des Bénévoles, nous avons également pu nous rendre compte de l'importance du dialecte dans les maisons de retraite alsaciennes. En effet, nous rencontrons ici des personnes âgées qui, ayant vécu leur jeunesse durant les Guerres, ont oscillé entre langue et nationalité allemandes et françaises. Pour certains d'entre eux (et en particulier les personnes issues de milieux ruraux, soit la grande majorité des personnes présentes à la Roselière), ils n'ont jamais appris le français à l'école. En effet, la langue allemande était la langue officielle, et la langue française était combattue par les dirigeants allemands pendant l'occupation, ceux-ci pensant qu'il suffisait que le peuple reste fidèle au parlé germanique pour rester fidèle également à la patrie allemande. La langue maternelle de ces générations d'Alsaciens est donc bien souvent le dialecte alsacien qu'il est, par conséquent, important de connaître pour pouvoir, au minimum, comprendre les personnes lorsqu'elles s'expriment dans cette langue. Au cours des animations, on observe que beaucoup de bénévoles communiquent avec les résidents dans ce dialecte, qu'ils proposent beaucoup de choses ancrées dans la culture alsacienne (représentations de pièces de théâtre en dialecte, chants allemands, alsaciens et français, télévision en allemand, en français et en dialecte).

II. Points positifs et négatifs relevés lors des différentes animations

A. Points positifs

Plusieurs points positifs ont été relevés dans les attitudes des bénévoles ou des autres personnes proposant les animations. En effet, les animateurs, qu'ils soient bénévoles ou professionnels, donnent, en règle générale, beaucoup d'indications, d'explications sur les activités qu'ils proposent. Ils sollicitent également beaucoup les participants, sur les actions à effectuer (ce qui est nécessaire avec certains résidants, pour qu'ils puissent réaliser les différentes activités). On observe également beaucoup d'encouragements de la part des animateurs, des attitudes de soutien, de réassurance (nécessaires à certains participants), une attitude bienveillante. Les différents intervenants impliquent au maximum les participants dans la réalisation de ce qu'ils créent lors des activités : discussion sur le choix des couleurs, la place des formes, le choix des chansons... Par exemple, lors de l'atelier de peinture, la stagiaire BPJEPS propose à l'une des participantes, qui ne sait pas ce qu'elle veut représenter, de lui décrire sa maison, pour qu'elle puisse l'aider à la dessiner. Elle lui apporte un support technique en lui aidant à réaliser son œuvre, mais l'impliquant en lui demandant continuellement les couleurs qu'elle doit utiliser, les formes...

Souvent, les bénévoles discutent avec les résidants, des nouvelles de l'établissement et des nouvelles de l'extérieur, de leur avis sur l'actualité, sur certains événements, de leurs familles... En effet, au fur et à mesure, à force d'interventions régulières au sein de la maison de retraite, et souvent avec les mêmes résidants (suivant les plaisirs de chacun, on retrouve plus ou moins les mêmes résidants lors des mêmes types d'animations), les gens se connaissent, et les échanges se font donc davantage.

Les interactions s'effectuent à travers différentes activités : repas conviviaux (changement de lieu, repas de « fête »), jeu (belote, loto), musique et chant

(accordéon, orgue de barbarie, musique d'ambiance lors du bar), activités culturelles, sorties. Pour cela, les bénévoles se répartissent en général au milieu du groupe de participants : un bénévole au minimum par table de jeu lors de l'après-midi de belote, plusieurs bénévoles répartis dans la salle lors du loto (ce qui permet une bonne répétition des numéros tirés pour permettre à tous les participants d'entendre)... De plus, pour certaines activités, un accompagnement individuel est nécessaire pour certains participants. Les bénévoles et les professionnels (animatrice, stagiaire, aides-soignantes) se répartissent parmi les participants afin de leur apporter une aide adaptée à chacun (aide technique pour des manipulations lors des activités manuelles, sollicitations continues nécessaires à certaines personnes, répétition des instructions pour les personnes malentendantes...).

Au cours de ces animations, on observe également certaines réactions des participants, que l'on va citer en points positifs, car elles nous permettent de voir le plaisir que prennent les résidents à participer à ces animations. En effet, lors des animations musicales, par exemple, les participants chantent, sourient, font des commentaires sur les chants proposés, en lien avec des souvenirs, certains d'entre eux dansent (par exemple, Mme D., qui a une grande tendance à la déambulation, entraîne les autres personnes présentes, résidents ou animateurs, à danser au rythme de la musique, dans un plaisir partagé, et reste ainsi à l'atelier durant toute l'après-midi, alors qu'elle a, en règle générale, plutôt tendance au zapping d'activités). De même lors des repas ou des jeux, ils commentent, ils rient, ils discutent avec les autres résidents ou avec les bénévoles.

B. Points négatifs

Cependant, certaines attitudes que nous avons pu observer nous ont parues plus inadaptées pour favoriser la communication avec les personnes âgées. En effet, on n'observe que très peu de discussions et de sollicitations langagières au cours de certaines activités (travaux manuels et créatifs, préparations culinaires). Les interactions langagières se limitent aux explications de ce qu'il faut faire. Parfois, certaines demandes sont également trop difficiles ou trop précises (par exemple, lors de l'atelier terre et argile, l'artiste propose aux participants de réaliser le portrait de

Marianne, en suivant l'exemple d'un timbre, par collage en papier de soie, proposition qui n'a pas été comprise par la plupart des participants à l'atelier, et qui aurait été très difficilement réalisable par eux), ce qui induit des difficultés de compréhension chez certains résidants, et des difficultés de réalisation chez d'autres. De ce fait, les animateurs sont parfois obligés de faire à la place des participants.

Par ailleurs, nous avons pu observer à plusieurs reprises des attitudes infantilisantes envers certains participants (par exemple, lors de l'atelier de cuisine, l'une des bénévoles demande à Mme C. : « on est sage ? », « t'as déjà faim ? », ou lors de l'atelier mémoire, la bénévole animant l'atelier utilise beaucoup d'intonations, de bravos, comme ceux qui l'ont produit pour stimuler des enfants). Dès lors, certains bénévoles ne prennent pas forcément en compte les envies et les refus des résidants, pensant qu'ils ont une meilleure connaissance de leurs besoins.

D'autres bénévoles ont tendance à porter leur intérêt sur la forme du discours des personnes âgées, surtout lorsque celui-ci n'est plus toujours intelligible. On a donc des conseils du type « pensez à ce que vous voulez dire, calmez-vous, articulez bien et cela ira », qui risquent, plutôt que d'aider la personne à rendre son discours plus intelligible, de la stopper dans son désir de communiquer, de lui faire perdre cette envie, et donc de couper nette la communication.

Enfin, nous avons pu observer également l'utilisation d'une voix forte et d'une grande directivité par certains bénévoles, ce qui avait pour effet d'éveiller chez certains participants un sentiment d'insécurité, peu propice au bon déroulement d'une activité. Ce sentiment d'insécurité était encore accru par l'habitude de certains bénévoles à relever les éventuelles erreurs commises par certains participants (« non, c'est faux ! »).

III. Conclusion

Au vu des observations réalisées durant ces deux semaines passées au contact des résidants, des bénévoles et des professionnels, nous pouvons affirmer que beaucoup de bénévoles ont des attitudes plutôt adaptées à la communication avec les personnes âgées (adaptation, respect, écoute). Il sera donc intéressant,

dans le livret, de reprendre ces attitudes pour les transmettre à d'autres. Cependant, certaines attitudes observées seraient plutôt à éviter lors d'interactions avec des personnes âgées institutionnalisées (directivité, infantilisation, intérêt porté sur la forme du discours). Il conviendra donc de mettre en garde contre ces attitudes, en précisant qu'il s'agit d'habitudes qui nous viennent à tous naturellement (parler plus fort quand l'interlocuteur semble ne pas nous avoir compris par exemple), mais qui restent inadaptées.

Rédaction du livret

Ce livret a été réalisé dans le cadre de la prévention primaire, attribution de l'orthophoniste citée à l'article 1^{er} du décret de compétences des orthophonistes⁷⁹.

Nous avons décidé de réaliser un livret d'informations sur la communication avec les personnes âgées institutionnalisées à destination des bénévoles que nous avons rencontrés lors de notre expérimentation. Nous décrirons ici le cheminement que nous avons parcouru, jusqu'à l'aboutissement de notre livret.

Chap. I Informations sélectionnées

Au vu des renseignements recueillis lors de nos observations et des données recueillies par le questionnaire, nous avons décidé de réaliser, d'une part, un livret général sur la communication avec les personnes âgées, et d'autre part, un feuillet plus spécifique concernant l'utilisation de la musique pour faciliter la communication et répondant ainsi à la demande spécifique de certains bénévoles.

I. Livret général

Pour la réalisation de ce livret, nous avons sélectionné les informations qui nous paraissaient pertinentes, en fonction des observations que nous avons pu effectuer et des réponses aux questions que nous avons recueillies. Nous allons présenter ici les différentes informations sélectionnées, ainsi que les raisons pour lesquelles elles ont été choisies. Toutes les informations données ici s'appuient sur les données théoriques que nous avons pu recueillir au cours de nos lectures.

⁷⁹ Voir annexe V.

A. Rappels sur la communication

Au vu des réponses données à la question sur la communication, il nous a semblé intéressant de rappeler qu'il existe deux types de communication :

- La **communication verbale** (ou communication digitale⁸⁰) : communication transmise par un langage codé (oral, écrit ou gestué) ;
- Mais aussi la **communication non verbale** (ou communication analogique⁸¹), qui passe par le regard, les intonations, les mimiques, les postures, les gestes, la proxémique. Il nous paraissait intéressant de rappeler que la communication n'est pas restreinte à la seule utilisation du langage, mais que l'on peut également échanger par d'autres voies.

Il nous semblait également important de reprendre les notions d'échange, d'écoute, de transmission d'un message d'un locuteur à un interlocuteur, évoquées par les bénévoles.

Question s'est posée quant au fait d'insérer le schéma de la communication de Jacobson⁸², mais, après réflexion et consultation des bénévoles lors d'une réunion, ce schéma nous a paru nécessiter des explications trop longues, qui auraient surchargé un livret destiné à des bénévoles, et non pas à des professionnels de la communication.

B. Les Personnes Agées institutionnalisées : pathologies rencontrées et conseils d'adaptation

Il nous a paru intéressant de décrire rapidement certaines pathologies rencontrées au sein de l'établissement, afin de donner aux bénévoles des informations générales sur lesquelles ils pourront s'appuyer pour comprendre davantage les comportements de certains participants, et s'y adapter de la manière

⁸⁰ Voir partie théorique, Chap. III. I. Quelques rappels sur la communication, p. 38 à 42.

⁸¹ *Ibid.*

⁸² *Ibid.*

la plus appropriée. Pour ce faire, nous donnerons également quelques conseils concrets d'adaptation.

Lors de la première mouture du livret, nous avons séparé les présentations des pathologies et les conseils d'adaptation, mais cela nous a paru plus judicieux de les regrouper : cela permet de donner des conseils plus adaptés à chaque pathologie. En effet, nous n'allons pas avoir les mêmes attitudes d'adaptation face à une personne malentendante que face à une personne aphasique, par exemple. De plus, la lisibilité du livret s'en trouve ainsi améliorée.

Nous avons choisi de ne décrire que les pathologies les plus fréquemment rencontrées à la maison de retraite, et qui influent sur la communication : aphasie, troubles de l'audition, troubles de la vision et démences (plus particulièrement la démence de Type Alzheimer, ou DTA). Ces descriptions resteront assez générales, le livret s'adressant à des bénévoles, et non pas à des professionnels de la santé. Nous précisons donc aux lecteurs ce point, en indiquant que chaque personne malade présente sa propre manifestation de la pathologie.

Pour la description de ces pathologies, nous nous sommes inspirée des données recueillies lors de nos lectures théoriques, ainsi que du livre de Blandine Orellana-Gélain, *Communiquer avec les personnes âgées, Guide pratique*⁸³. Elle y décrit de manière concise et précise les différentes pathologies, et y donne de nombreux conseils d'adaptation.

1. Les Aphasies

Nous indiquons que l'aphasie est un trouble du langage qui atteint des personnes cérébro-lésées. Son origine peut être variée : Accidents Vasculaires Cérébraux (AVC), traumatismes crâniens, maladies neuro-dégénératives (Maladie d'Alzheimer, démences fronto-temporales, démences sémantiques, Aphasie Primaire Progressive...).

⁸³ Paris, l'Harmattan, 2007.

Nous rappelons également qu'il existe différents types d'aphasies :

- Les **aphasies fluentes**, avec abondance de paroles parfois vides de sens, troubles de la compréhension et anosognosie ;
- Les **aphasies non-fluents**, avec réduction quantitative du langage, troubles de l'articulation, peu de troubles de la compréhension.

Nous précisons que tous ces troubles apparaissent à des degrés divers selon les personnes et les localisations cérébrales des lésions, et qu'ils peuvent toucher aussi bien l'expression orale, la compréhension orale, l'expression écrite et la compréhension écrite.

Il ne nous a pas semblé utile de préciser quelles zones du cerveau étaient touchées dans ces différents types d'aphasie. De même, nous avons choisi de ne décrire que ces deux grands types d'aphasie, en sachant qu'il en existe de nombreux autres, mais qu'il ne nous a pas paru nécessaire de développer ici.

Il nous a également paru important d'indiquer que, lorsque ces aphasies sont liées à des AVC ou des traumatismes crâniens, on peut espérer une évolution favorable des troubles (récupération spontanée), surtout s'ils sont pris en charge par une rééducation orthophonique (accompagnement de la récupération et stimulation adaptée). A l'inverse, lorsqu'il s'agit de maladies neuro-dégénératives, les troubles continuent à évoluer avec la maladie, allant vers une aggravation. Le but d'une prise en charge orthophonique (ou de l'aide apportée par un accompagnant) sera donc de permettre à la personne d'exploiter au maximum ses capacités restantes, et de les conserver le plus longtemps possible.

Au niveau des conseils d'adaptation en situation, nous avons décidé de sélectionner des adaptations concrètes, que tous peuvent mettre en œuvre lors de leurs échanges avec ces personnes, en expliquant pour quelles raisons nous proposons ces adaptations :

- Rester calme et bienveillant ;
- Ne pas crier : même si elle ne répond pas, cela ne veut pas dire que la personne est sourde ;
- Parler lentement pour qu'elle entende bien et comprenne ce que l'on dit, ne pas hésiter à reformuler, à répéter ;

- Parler avec des phrases courtes et simples ;
- Utiliser des gestes, des mimiques, pour renforcer ce que nous disons ;
- Parler **à** la personne, et non pas parler d'elle en sa présence ;
- Lui laisser le temps de répondre avant de proposer des réponses aux questions ;
- Utiliser le chant ou des automatismes (comptage, proverbes...), dans les cas de réduction du langage, pour permettre à la personne de produire quelque chose ;
- Utiliser le langage écrit (ardoise ou cahier), ou un tableau de communication, comportant des images, des dessins, des photos, si cela paraît nécessaire.

2. Les Troubles de l'Audition

Nous rappelons qu'il existe plusieurs causes aux troubles de l'audition chez les personnes âgées, mais que la plus fréquente reste la presbycusie (perte d'audition due au vieillissement). Il nous a semblé intéressant de rappeler quels étaient les principaux signes observables d'une diminution de l'acuité auditive, afin que les lecteurs aient des pistes pour pouvoir les repérer chez les personnes qu'ils côtoient :

- Augmentation du volume de la télévision ;
- Retrait social ;
- Difficultés à suivre une conversation en groupe ;
- Augmentation du volume de la voix ;
- Posture de retrait.

Nous rappelons également les démarches à suivre lorsqu'il y a suspicion de troubles de l'audition :

- En parler au médecin, qui orientera la personne vers un spécialiste, et pourra écarter certaines causes organiques à la surdité ;

- Rencontrer le spécialiste (médecin Oto-rhino-laryngologiste), qui pourra, lui aussi, déterminer les causes à la diminution de l'acuité auditive. Il réalisera également un audiogramme, pour connaître le degré de la perte auditive. C'est à la suite de cet audiogramme que pourra être proposé (ou non) un appareillage adapté à la personne.

Il nous a cependant paru important de préciser que l'audition permise par l'appareillage n'est pas la même que l'audition antérieure de la personne, et qu'il est nécessaire pour elle de s'adapter et d'adopter de nouvelles habitudes. C'est pourquoi il est important que les personnes qui entrent en contact avec elle aient un comportement adapté :

- Privilégier une ambiance calme : il est plus difficile pour une personne appareillée de suivre une conversation dans le bruit. De plus, elle se fatigue beaucoup plus rapidement dans de pareilles conditions.
- Parler lentement et assez fort ;
- Utiliser des gestes pour appuyer le message que l'on fait passer par le langage ;
- Se mettre face à la personne, en ayant le visage bien éclairé, pour qu'elle puisse s'aider de nos lèvres, de nos mimiques, de nos gestes ;
- Ne pas hésiter à répéter, à reformuler en utilisant des synonymes ;
- Ne pas hésiter à utiliser l'écrit (ardoise, cahier...) si cela paraît nécessaire.

3. Les Démences

Tout d'abord, nous rappelons que les démences font partie des pathologies à processus dégénératif, et que, par conséquent, leur évolution est irréversible. Ici, nous avons décidé de ne décrire plus précisément que la Maladie d'Alzheimer, la plus fréquente. Nous rappelons ce qui correspond aux « 3A » qui caractérisent cette maladie :

- L'**aphasie**, perte du langage ;
- L'**apraxie**, perte du savoir-faire ;

- **L'agnosie**, perte des perceptions.

Puis, nous nous concentrons sur les troubles du langage, en précisant qu'ils touchent essentiellement l'usage et le sens des mots, et qu'ils s'accompagnent souvent de troubles de la compréhension (difficultés d'accès au sens). Pour communiquer avec ces personnes, on va donc utiliser également d'autres modes de communication : langage non-verbal, pictogrammes, gestes, attitudes, intonations...

Cependant, la Maladie d'Alzheimer ne touche pas seulement le langage. Elle entraîne également des troubles de la mémoire et du comportement, qu'il nous a paru intéressant d'évoquer ici, car cela entraîne souvent des difficultés dans les échanges avec ces personnes. Nous précisons donc que, au cours de l'évolution de la DTA, ce sont les informations les plus récentes qui sont perdues en premier, tandis que les souvenirs et affects de la vie passée sont retenus plus longtemps (la mémoire à long terme est maintenue plus longtemps que la mémoire à court terme). Il sera intéressant de stimuler ces derniers au maximum. Nous proposons également quelques pistes pour aider la personne dans sa vie quotidienne : utilisation d'aide-mémoires externes (listes, agendas, calendriers, plannings, alarmes, post-it...), aide dans la réalisation des tâches quotidiennes, sans pour autant faire à la place de la personne.

En ce qui concerne les troubles du comportement, il nous a paru important de rappeler qu'ils sont le plus souvent inhérents à la maladie, et donc pas liés aux situations. En effet, lorsqu'on est en interaction avec les malades Alzheimer, on a parfois le sentiment de provoquer ces troubles du comportement, d'être le déclencheur de colères, d'angoisses. La déambulation, la désinhibition, les questionnements incessants posent parfois également souci aux personnes qui interviennent auprès de ces malades : elles ne savent pas comment réagir et se sentent parfois visées personnellement par ces attitudes. Or, il est important de garder à l'esprit qu'il s'agit là d'expressions de la maladie.

Pour tenter de répondre aux nombreux questionnements qui apparaissent face à ces personnes malades, nous avons choisi de donner, là aussi, des conseils concrets :

- Rester patient et tolérant, en gardant toujours en tête que les attitudes étranges que l'on peut observer sont des expressions de la maladie ;

- Rendre l'environnement rassurant ;
- Etablir le contact par le regard, le toucher, les gestes ;
- Parler en phrases courtes et simples ;
- Poser des questions à choix limités ;
- Répéter, reformuler ;
- Ne pas contrarier la personne dans ses « délires », cela risquerait de les renforcer davantage. Il est préférable de la rassurer, de l'orienter vers autre chose, de lui demander pourquoi elle désire faire cela, par exemple ;
- Toujours garder du respect, de la bienveillance et de l'empathie.

4. Les Troubles de la Vision

Comme pour les troubles de l'audition, nous précisons qu'il en existe des causes diverses : presbytie, cataracte, dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA), glaucome, déchirure ou décollement de la rétine, troubles neuro-visuels. Cependant, peu importe la cause, les troubles de la vision entraînent toujours des difficultés dans la vie quotidienne des personnes qui en sont atteintes :

- Disparition d'une partie de l'espace ;
- Risques de chutes ;
- Incapacités pour certains actes de la vie quotidienne ;
- Difficultés pour communiquer ;
- Désinvestissement social.

Là aussi, nous rappelons les démarches à suivre lorsque l'on suspecte un trouble visuel :

- Consultation médicale pour en déterminer les causes et orienter le patient vers une bonne prise en charge (traitement médical ou autre) ;

- Consultation ophtalmologique pour déterminer le degré de perte de l'acuité visuelle et adapter la prise en charge (traitement chirurgical, port de lunettes adaptées à la vision).

Tout comme pour la surdité, il est important, malgré des traitements appropriés, d'adapter nos comportements :

- Parler à la personne, verbaliser ce que l'on fait, ce que l'on voit ;
- La prévenir quand on arrive près d'elle, quand on lui parle, quand on la quitte (de manière à ne pas l'effrayer) ;
- Lui donner le bras pour l'aider à se diriger (plutôt que de la tirer par la main, ce qui nous renvoie à une attitude plutôt infantilisante) ;
- Veiller à avoir un éclairage suffisant, pour pouvoir utiliser au maximum la vision résiduelle ;
- Garder la disposition des choses (meubles, objets...), et prévenir la personne si on est obligé de la modifier.

Nous précisons également qu'il est possible d'utiliser un matériel adapté : loupes de lecture, journaux ou livres à grands caractères, jeux de cartes agrandis...

C. Et l'orthophoniste, dans tout ça ?

De nombreuses questions ont été posées tout au long de notre expérimentation concernant le rôle de l'orthophoniste auprès des adultes âgés. En effet, les résultats obtenus à la question concernant les connaissances des interrogés sur l'orthophonie ont montré que peu d'entre eux connaissaient le rôle de ce professionnel. Il nous a donc paru intéressant de rappeler que les compétences de l'orthophoniste sont multiples, tant auprès des enfants que des adolescents, des adultes et des personnes âgées. Après ce rappel général, nous avons décrit plus précisément les principaux domaines dans lesquels intervient l'orthophoniste auprès des personnes âgées :

- Suites d'Accidents Vasculaires Cérébraux (prise en charge des aphasies et autres symptômes associés) ;

- Maladies neuro-dégénératives ;
- Cancérologie oto-rhino-laryngologique ;
- Surdités acquises.

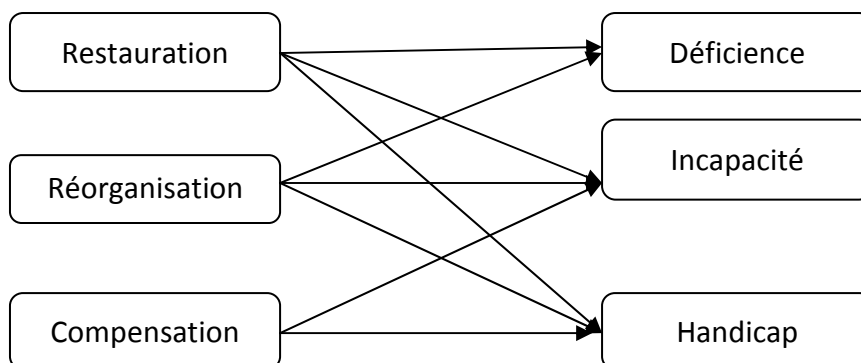
Nous précisons également que l'orthophoniste travaille **avec le patient** sur la communication, sur le langage, sur la parole, mais aussi sur la déglutition. Il peut avoir différents objectifs, selon les pathologies et l'évolution du patient. Ces objectifs suivent le modèle tridimensionnel de Wood⁸⁴, en s'adaptant à chaque étape de ce modèle :

- La déficience : signes cliniques de la maladie (signes observables liés aux lésions) ;
- Les incapacités : conséquences fonctionnelles du trouble, que peut imaginer le thérapeute ;
- Le handicap : conséquences sociales, situationnelles, dans le quotidien du patient.

Ainsi, l'orthophoniste va travailler avec le patient dans des objectifs :

- De rétablissement : récupération de la fonction comme avant ;
- De réorganisation : récupération de la fonction mais d'une autre manière. Au sein de la réorganisation, on peut également placer les moyens de facilitation (auto-ébauche, épellation...)
- De compensation, en modifiant l'environnement : utilisation de tableaux de communication avec des images, des gestes...

Ces différents objectifs permettent d'intervenir aux trois niveaux du modèle de Wood :



⁸⁴ OMS, 1980.

En plus des objectifs et modes d'intervention de l'orthophoniste auprès des personnes âgées, il nous a paru important de rappeler les démarches à suivre. En effet, l'orthophoniste étant un professionnel paramédical, il intervient sur prescription médicale. Cette prescription consistera en un « bilan orthophonique avec rééducation si nécessaire », comme indiqué dans la Nomenclature Générale des Actes Professionnels orthophoniques⁸⁵. L'orthophoniste réalisera donc un bilan, qui lui permettra de faire un état des lieux des difficultés et des capacités de la personne rencontrée. C'est sur les conclusions de ce bilan que vont s'appuyer et se construire les séances de rééducation qui suivront. Différentes techniques de rééducation peuvent être mises en œuvre en fonction des pathologies rencontrées, mais l'orthophoniste va toujours devoir s'adapter à chaque patient (à ses capacités, ses difficultés, ses besoins, ses centres d'intérêt).

D. Proposition d'animations

Pour les propositions d'animations, nous nous sommes appuyée sur le livre de Nicole Lairez-Sosiewicz, *Vivre l'animation auprès des personnes âgées*⁸⁶, qui, dans sa seconde partie, donne beaucoup d'idées d'animations à utiliser avec les personnes âgées. Parmi celles-ci, nous en avons sélectionnées plusieurs, qui nous paraissent adaptées pour favoriser la communication des personnes âgées institutionnalisées.

1. Ateliers d'écriture

L'écriture peut être un moyen intéressant à utiliser avec des personnes âgées. Ici, on travaille davantage sur la forme des mots, et on stimule la mémoire, l'accès au lexique. On permet aussi aux personnes participantes d'être valorisées dans leur créativité, d'exprimer leurs émotions à travers l'écriture. Nous décrivons ici aux lecteurs différentes manières d'utiliser l'expression écrite :

⁸⁵ NGAP et décret de compétences des orthophonistes, annexe V.

⁸⁶ Lyon, Chronique Sociale, 2008.

- Mots cachés : constitution d'une phrase à plusieurs, mais sans connaître les mots précédemment donnés par les autres participants, sur le principe du jeu du cadavre exquis ;
- Métaphores : constitution de phrases, d'un texte en utilisant des comparaisons. N. Lairez-Sosiewicz donne un exemple constitué par un groupe avec lequel elle a travaillé :

« Le soleil est brillant comme l'intelligence.

L'intelligence est développée comme une fleur.

La fleur est parfumée comme l'air.

L'air est respiré comme le soleil⁸⁷ » ;

- Tautogramme : constitution d'une phrase avec des mots qui commencent par la même lettre. Par exemple, « c'est l'abîme ; il abjure cet adorable abandon et abaisse l'abat-jour sur lequel s'abêtit une absurde abeille⁸⁸ » ;
- Mots rimés : constitution d'un poème en groupe. N. Lairez-Sosiewicz donne l'exemple d'un poème qui a été constitué par un groupe avec lequel elle a vécu l'expérience de cette animation :

« Le temps qui passe

Nous dépasse.

Nous vivons au jour le jour ;

Cela durera toujours

Et jamais on ne saura

Où l'on va

Mais on y trouvera

Sûrement du chocolat. »⁸⁹

Pour ce faire, il est intéressant de travailler en petits groupes, en recherchant tout d'abord ensemble tous les mots qui peuvent être utiles aux différentes créations que nous voulons réaliser : mots évoqués sur un même thème pour créer une poésie

⁸⁷ *Ibid.*

⁸⁸ *Ibid.*, p.94

⁸⁹ *Ibid.*, p. 96

(et on ne choisira que les mots qui riment), mots qui commencent par une lettre donnée pour le tautogramme... Cela permet de travailler l'évocation lexicale sémantique (par thème) ou phonologique (par forme des mots). On propose que se soit l'animateur qui note les mots donnés par les participants, tout en les valorisant, même si certaines propositions peuvent parfois paraître fantaisistes ! En effet, la fantaisie, l'humour sont des vecteurs de communication très intéressants à utiliser avec les personnes âgées : ils permettent d'évoquer des sujets importants, parfois graves, tout en gardant une certaine légèreté. Et il est important de pouvoir garder cette légèreté, sans laquelle le plaisir de l'échange serait rapidement perdu, et sans laquelle certains n'exprimeraient pas leur ressenti sur ces sujets.

2. Portfolio

On peut utiliser toutes sortes d'images : photographies, reproductions de tableaux... N. Lairez-Sosiewicz⁹⁰ indique que ces images constituent un support qui permettra de « favoriser la communication, l'expression, l'évocation des sentiments », mais aussi de créer un lien entre les participants. L'échange autour d'images permet également de travailler l'accès au lexique.

N. Lairez-Sosiewicz⁹¹ propose de faire un tour de table avec une image donnée, en laissant chacun s'exprimer librement. Il sera intéressant de questionner les personnes qui ne s'expriment pas sur un aspect spécifique de l'image. Lorsque le sujet semble épuisé, on pourra passer à une autre image.

⁹⁰ *Ibid.*, p. 101.

⁹¹ *Ibid.*, p. 102.

3. Cinq sens

La stimulation des sens permet souvent d'évoquer des souvenirs. Marcel Proust le décrit très bien dans l'épisode des Petites Madeleines⁹² :

« Mais, quand d'un passé ancien rien ne subsiste, après la mort des êtres, après la destruction des choses, seules, plus frêles mais plus vivaces, plus immatérielles, plus persistantes, plus fidèles, l'odeur et la saveur restent encore longtemps, comme des âmes, à se rappeler, à attendre, à espérer, sur la ruine de tout le reste, à porter sans fléchir, sur leur gouttelette presque impalpable, l'édifice immense du souvenir. »

Ainsi, on va pouvoir proposer des jeux de reconnaissance d'odeurs, de goûts (tout en faisant attention à respecter les régimes alimentaires et les goûts de chacun) aux personnes âgées. Cela permettra l'évocation de certains souvenirs, que les participants seront libres d'exprimer, et donc de stimuler la mémoire chez des personnes DTA par exemple. Mais, à travers cette activité, nous pouvons également stimuler les gnosies gustative et olfactive (reconnaissance des goûts et des odeurs). Enfin, la confrontation aux goûts et aux odeurs permet souvent de rendre aux personnes âgées un certain plaisir à la nourriture.

4. Revue de presse

Souvent, les personnes âgées vivant en institutions sont, plus ou moins, détachées du monde extérieur. Il sera donc intéressant de leur proposer des revues de presse, c'est-à-dire de lire les journaux avec elles. N. Lairez-Sosiewicz⁹³ conseille de ne pas lire les articles en entier, mais de les survoler, de ne lire que les gros titres, afin de ne pas « endormir les participants ». On pourra ainsi engager un échange sur les différents sujets abordés, et, si la demande en est faite, on pourra lire l'article en

⁹² Proust M., *A la recherche du temps perdu, Du côté de chez Swann*, Paris, Robert Laffont, 1987, p. 57-59.

⁹³ *Op. cit.*, p. 99.

profondeur. Cela permet aux résidents de garder un lien social avec l'extérieur, mais nous leur offrons ainsi également un espace où ils peuvent s'exprimer sur les sujets d'actualité. On observe souvent que les personnes âgées s'intéressent davantage aux informations locales (manifestations, évènements politiques, faits divers, nécrologie) qu'aux actualités nationales ou internationales.

5. Mime, jeux de rôle

Le mime et les jeux de rôle sont un mode de communication non-verbale. Ce type d'activité permet donc de s'exprimer par d'autres moyens que le langage, mais aussi de mettre les participants en mouvement de manière paisible. On peut proposer différentes choses à mimer, à jouer (métier, chanson, objet, histoire...), ou laisser aux participants le choix de ce qu'ils veulent faire deviner aux autres.

En ce qui concerne le déroulement de ce type d'activité, il peut être intéressant de s'installer en formant un cercle, de manière à délimiter un espace scénique où chacun pourra s'exprimer. Il est important de prendre garde à ce que chacun puisse voir. On va laisser chaque participant libre de s'exprimer ou non, et, au fur et à mesure, on pourra faire intervenir les personnes plus réticentes en créant de petites saynètes à plusieurs.

6. Jeux sur les mots

Différents jeux avec les mots permettent de stimuler la mémoire et l'accès au lexique sémantique, mais aussi au lexique phonologique :

- Jeux de pendu ou scrabble en groupe : on affiche la forme du mot à trouver (nombre de lettres) et on demande aux participants de poser des questions sur le sens du mot à trouver ou de proposer des lettres ;
- Charades, rébus : on joue avec le sens des mots, mais aussi leur forme phonologique (association de syllabes pour trouver le mot recherché) ;

- Mots-valises⁹⁴ (mots constitués par l'amalgame de la partie initiale d'un mot et de la partie finale d'un autre. Ex : français) : on joue sur le sens des mots, en cherchant, par exemple, le sens de ces amalgames ou les mots avec lesquels ils ont été formés. De plus, ces mots-valises apportent souvent beaucoup d'humour : mamyfestation (défilé de grands-mères en colère), aspronaute (occupant d'une capsule spatiale en effervescence)....

7. Expression artistique

L'expression artistique est, elle également, un mode de communication non-verbale. En effet, elle permet aux personnes d'exprimer leur ressenti, leurs sentiments par un autre vecteur que le langage. Tout type de matériel peut être utilisé, en prenant garde à ce qu'il soit manipulable par tous les participants à l'activité : bois, papier, peinture, crayons, feutres, stylos, collages... Selon les besoins des participants, l'expression peut être libre ou plus dirigée (copie, création accompagnée).

8. Jeux de société

Ceux-ci permettent de mettre en place un moment de rencontre, d'échange à plusieurs, et d'apporter une dimension plus ludique à cet échange. De plus, les jeux proposés sont souvent des jeux que les personnes âgées ont connus et pratiqués dans leur jeunesse. Ainsi, ils permettent de stimuler la mémoire procédurale. De plus, les jeux de société comportent une règle, qu'il faut comprendre et respecter. On joue à tour de rôle, en respectant le tour de chacun. Ces deux composantes (règles et tour de rôle) sont également importantes à stimuler, car elles font partie des notions indispensables à la communication : chacun parle à tour de rôle, en respectant certaines règles (politesse, formation du discours...).

⁹⁴ Créhange A., « Mots-valises » in *pagesperso-orange* [consulté le 06/02/2010, <http://pagesperso-orange.fr/alain.crehange/frmotsval.html>].

Après avoir décrit toutes ces activités, il nous a paru important de rappeler que les personnes âgées, même malades, restent des personnes adultes. En effet, lors des activités qu'ils proposent, les bénévoles sont parfois confrontés à des attitudes qui peuvent rappeler celles d'enfants. Cependant, les attitudes infantilisantes que peuvent avoir les bénévoles face à ces réactions sont néfastes au sentiment identitaire des personnes.

E. Quelques livres intéressants

Les bénévoles étant très en demande d'informations, il nous a semblé utile de citer les livres que nous avons pu trouver et qui nous ont parus les plus intéressants. Nous avons également décrit rapidement ce que nous pouvions trouver dans ces différents ouvrages :

- N. Lairez-Sosiewicz⁹⁵, *Vivre l'animation auprès des personnes âgées* : ce livre décrit l'accueil en institutions pour personnes âgées, la place de l'animateur dans ces institutions, son rôle, et propose diverses animations.
- N. Lairez-Sosiewicz⁹⁶, *Imaginer et réaliser, la marmite des professionnels en gériatrie* : ici, l'auteure se propose de nous aider à développer notre imagination, et donne également diverses propositions d'animations.
- B. Orellana-Gélaïn⁹⁷, *Communiquer avec les personnes âgées, Guide pratique* : ce livre propose de nombreux conseils pratiques, explications sur les pathologies que peuvent présenter les personnes âgées institutionnalisées et sur les difficultés que l'on peut rencontrer avec elles.

⁹⁵ Lyon, Chronique Sociale, 2008.

⁹⁶ Lyon, Chronique Sociale, 2006.

⁹⁷ Paris, l'Harmattan, 2007.

F. Conclusion

Pour conclure et faire une synthèse des informations que nous avons données tout au long de ce livret, il nous a paru intéressant de donner des mots-clés, maîtres-mots qui régissent les échanges avec les personnes âgées institutionnalisées, à savoir l'**adaptation** et la **communication**. En effet, le fait de s'adapter aux capacités et aux besoins des personnes, par quelques attitudes simples, permet de favoriser les échanges et la communication avec les personnes âgées. Pour cela, il est important de bien connaître les gens avec lesquels on interagit, de connaître leur histoire, leurs besoins.

II. Feuillelet sur l'utilisation de la musique

Nous avons choisi de réaliser un feuillelet spécifique sur l'utilisation de la musique pour favoriser la communication avec les personnes âgées institutionnalisées, car il s'agit d'un sujet précis qui a été évoqué au cours de notre expérimentation. Ainsi, nous avons voulu y répondre de manière plus ciblée.

Nous rappelons, pour commencer, que plusieurs études indiquent que la mémoire musicale est celle qui est préservée le plus longtemps dans les processus de dégénérescence (maladies neuro-dégénératives). Oliver Sacks⁹⁸ relate plusieurs cas intéressants et spectaculaires d'utilisation de la musique dans la prise en charge de certains troubles : aphasie, syndromes neurologiques, maladie de Parkinson, démence. Par exemple, il raconte son arrivée dans un hôpital recevant des patients parkinsoniens et avec lesquels on utilisait la musique, et où il a découvert :

« Les extraordinaires effets que la musique produisait sur nos patients postencéphaliques – son pouvoir de les « éveiller » à tous les niveaux : celui de leur rendre leur vigilance quand ils étaient léthargiques, de normaliser leurs mouvements quand ils étaient pétrifiés, et, phénomène ô

⁹⁸ *Musicophilia, la musique, le cerveau et nous*, Paris, Seuil, 2009.

combien mystérieux, de réactiver des émotions, des souvenirs et des fantasmes – bref, une identité complète – qui ne leur étaient pour la plupart plus accessibles depuis des décennies⁹⁹. »

Ainsi, il nous paraît intéressant d'utiliser la musique :

- Dans les cas de maladies neuro-dégénératives, pour favoriser les rappels mémoriels et la communication ;
- Dans les cas d'aphasie pour déclencher des productions vocales ;
- Dans des ateliers musicaux, pour stimuler les échanges verbaux et non-verbaux.

A. Deux manières d'utiliser la musique

En musicothérapie, il existe deux manières d'utiliser la musique¹⁰⁰, que nous décrivons aux bénévoles.

1. En réception

C'est la musicothérapie réceptive. Il s'agit de l'écoute musicale. Elle permet d'évoquer des souvenirs, de stimuler la communication verbale en entamant des discussions sur les sujets suggérés par les œuvres entendues. On peut utiliser la musique au sens large, c'est-à-dire non seulement des œuvres musicales, mais aussi de simples sons d'instruments ou des bruits.

⁹⁹ *Ibid.*, p. 318.

¹⁰⁰ Voir Chap. IV.II. Méthodes et techniques musicothérapeutiques, p. 47 à 49.

2. En production

C'est la musicothérapie active. La musique est pratiquée par les participants : chant, jeux rythmiques, jeux sur des instruments (collectifs ou individuels), dialogues mélodiques (communication non-verbale). On stimule ainsi la communication non-verbale, mais également la mémoire, le rythme, ainsi que le souffle et la voix dans les activités de chant.

B. Quelques animations possibles

Comme pour le livret plus général, il nous a semblé intéressant de proposer des animations concrètes. Celles-ci ont été expérimentées lors d'un stage à la maison de retraite Hotelia de Laxou (Meurthe-et-Moselle). Ce stage nous a permis de proposer, pendant 10 séances, différentes activités musicales à un groupe d'adultes âgés tout-venants. C'est ainsi que nous avons pu sélectionner les activités qui nous paraissaient les plus intéressantes pour stimuler la communication.

1. Ecoute musicale

Elle permet un moment de détente et de calme, tout en associant l'évocation de souvenirs, d'émotions. Souvent, il n'est pas nécessaire de poser des questions après l'écoute, les souvenirs ressurgissent d'eux-mêmes, et il est préférable de laisser la liberté aux participants de s'exprimer ou non. Cependant, il est important de prendre garde à ce que le volume sonore soit suffisant pour que tous les participants puissent entendre la musique de manière aisée. On peut observer, pendant l'écoute, des participants qui se mettent à chanter, à commenter, parfois à pleurer. Ainsi, Mme C., à l'entente du *Stille Nacht* proposé en écoute musicale à l'approche de Noël, se met à pleurer. Elle nous expliquera par après que cela lui rappelle son enfance, et les chants de Noël entendus à l'église avec ses parents. Elle nous indique également

que cela lui a procuré beaucoup de plaisir de réentendre ce chant. Ainsi, il faut pouvoir accepter toutes ces différentes réactions et les accompagner, les valoriser.

2. Evocation

On utilise également ici l'écoute musicale, mais au sens large, et en demandant spécifiquement aux participants de nous dire à quoi ce qu'ils entendent leur fait penser (situation, souvenir, animal...). On peut donc utiliser des bruits, mais aussi des percussions (bâtons de pluie, guiro, clochettes, klaxons, claves, tambourin...), et laisser les participants les manipuler. Ici, il est important de valoriser toutes les propositions des participants, même si elles diffèrent de celles auxquelles nous pouvons nous attendre.

3. Illustrations d'histoires

Après l'évocation, il peut être intéressant de réutiliser les propositions apportées par les participants en illustrant des histoires, que l'on peut créer avec les personnes âgées, à l'aide des bruits, des percussions. Ici, on permet aux participants de créer des récits (expression verbale et stimulation de la créativité), mais aussi de s'exprimer autrement, par l'intermédiaire de l'instrument ou du bruit.

4. Lotos sonores

Les lotos sonores (association de bruits et d'images) permettent de stimuler la reconnaissance des sons, des bruits, des images, mais aussi l'accès au lexique et l'évocation de souvenirs. En effet, nous avons pu voir, lors de notre stage, à quel point les mots peuvent revenir aisément à des personnes souffrant de manque du mot ou de démences lorsque leur évocation est associée à l'écoute d'un bruit (les personnes l'associent à des souvenirs et retrouvent le mot plus facilement). Ainsi, M. T., atteint de DTA et ne participant que très rarement aux activités que nous

proposons, réagit instantanément à l'écoute du bruit du train, et y associe directement le bon mot (alors qu'il a tendance aux paraphrasies en temps normal).

5. Description des émotions

Lorsque l'on écoute de la musique, des émotions sont évoquées, et il peut être intéressant d'y mettre des mots. En effet, les personnes âgées, en particulier lorsqu'elles sont malades, ont souvent du mal à exprimer leurs sentiments, et il peut être profitable de les aider à qualifier les émotions qu'elles ressentent. Ainsi, avant de procéder à l'écoute musicale, on pourra évoquer en groupe les différents adjectifs qui permettent de qualifier une œuvre musicale : calme/agitée, joyeuse/triste... Ensuite, nous passons à l'écoute proprement dite, et enfin, nous sélectionnerons les adjectifs en lien avec la pièce entendue. Cela permet de travailler l'évocation des adjectifs et d'objectiver les émotions ressenties.

6. Production

Cette activité n'a pas pu être expérimentée en stage. C'est R-O Benenson qui l'évoque dans son livre : *La musicothérapie, la part oubliée de la personnalité*¹⁰¹. Il indique qu'avec les personnes démentes, ou qui présentent de grandes difficultés de langage, il peut être intéressant de proposer des percussions, des instruments aisément manipulables (flûtes, xylophones, claviers) et de les laisser s'en servir comme elles l'entendent. Au fur et à mesure, on va entrer dans leur production, et mettre en place des dialogues mélodiques, des jeux rythmiques. Ainsi, on va pouvoir entrer en communication avec des personnes qui ont souvent beaucoup de mal à communiquer. On va stimuler la communication non verbale et permettre aux gens de s'exprimer.

¹⁰¹ Bruxelles, De Boeck, 2007.

Chap. II Rédaction et Mise en page

Au moment de la rédaction et de la mise en page, il nous a paru important de faire attention à certains points, de manière à ce que le livret rédigé soit agréable à lire, compréhensible par tous et pratique d'utilisation.

I. Mise en page

Il fallait qu'elle soit claire, aérée, agréable au regard. Nous avons donc utilisé des couleurs différentes pour les titres et sous-titres (rouge, orange, jaune), ainsi qu'une police de caractère différente pour mettre en valeur les titres et les rendre facilement repérables. La police de caractère utilisée est facilement lisible, et d'une taille suffisamment grande (Calibri 12). Nous avons espacé les paragraphes, et veillé à ne pas mettre de grandes zones de texte sur une même page. Pour ce faire, nous avons utilisé également des illustrations.

Le choix des illustrations s'est fait de manière à ce qu'elles complètent le texte de manière cohérente. Par exemple, nous avons choisi d'illustrer le texte sur l'expression artistique par une femme âgée qui dessine, ou les troubles de la vision par des yeux et une grille de test ophtalmique. Nous avons utilisé des dessins contenus dans notre logiciel de traitement de texte (cliparts de Word) et donc utilisables dans le domaine public.

Nous avons également utilisé une illustration pour accentuer certains points. En effet, les rappels sur le fait que les personnes âgées restent des personnes adultes et sur le fait qu'une adaptation est nécessaire à chaque personne nous ont paru particulièrement importants. Nous avons utilisé :

- Une page unique ;
- Une couleur différente (le rouge) ;
- Une image qui attire le regard (panneau de signalisation routière indiquant le danger).

Dans la conclusion, nous avons utilisé une autre technique pour mettre en relief les deux maîtres-mots que nous indiquons. Il s'agit du soulignement.

Enfin, il nous a semblé utile d'insérer un sommaire (titres principaux et numéros des pages où les trouver) dans notre livret, de manière à ce que les lecteurs puissent aisément revenir sur certains points précis, selon leurs besoins.

II. Rédaction

Au cours de la rédaction, nous avons pris garde à limiter les termes techniques que nous étions susceptibles d'utiliser dans notre livret. En effet, ce dernier s'adresse à des animateurs bénévoles, qui ne sont pas supposés connaître tout ce vocabulaire, et non à des professionnels de la santé ou de la linguistique.

Nous avons également pris garde à la constitution de nos phrases, qu'elles ne soient pas trop longues, pas trop denses en informations. C'est pour la même raison que nous avons tenu à rester générale dans nos présentations des pathologies.

III. Relectures

Afin de nous assurer de la pertinence et de la clarté des informations que nous donnions dans notre livret et notre feuillet concernant la musique, nous avons fait relire les différentes versions de celui-ci à des personnes diverses : orthophoniste, animatrice de la maison de retraite, personnes tout-venants. C'est ainsi que nous avons pu effectuer, au fur et à mesure, différentes modifications, qui ont rendu les supports élaborés plus pratiques d'utilisation, plus clairs et plus utiles à la population visée.

Lors des relectures, nous demandions à chacun de donner son avis concernant :

- La présentation du livret et du feuillet : présentation aérée, utilisation d'illustrations, titres ;
- Les informations contenues : rappels sur la communication et sur l'utilisation de la musique, présentation des pathologies et conseils d'adaptation en situation, propositions d'animations, livres intéressants ;
- La lisibilité des rédactions : vocabulaire utilisé, rédactions compréhensibles.

Conclusion

A la suite de nos lectures et de l'expérimentation que nous avons pu effectuer au sein de la maison de retraite la Roselière de Kunheim, nous avons réalisé un livret d'informations concernant la communication avec les personnes âgées institutionnalisées, à destination des bénévoles intervenant pour l'animation en maison de retraite. Grâce au contact permanent que nous avons pu avoir avec l'Association des Bénévoles de la Roselière, nous avons pu faire en sorte que ce livret soit pratique et concret, adapté de la manière la plus appropriée possible aux besoins de ce public. Nous avons pu diffuser ce livret aux membres de l'Association, tout en laissant un exemplaire électronique à disposition des responsables, afin de le transmettre à de nouveaux bénévoles.

Ce contact avec les membres de l'Association, ainsi qu'avec les résidents de l'établissement a également été très bénéfique pour nous, tant au niveau professionnel qu'au niveau humain. En effet, venue avec pour objectif d'apporter des informations concernant la communication, nous avons reçu de véritables leçons de vie et d'adaptation au contact de ces personnes (bénévoles et personnes âgées). En effet, ils nous apportent beaucoup, tant au niveau de leurs expériences que de leur manière d'être.

Cependant, nous tenons à préciser que nous n'avons pas pu justifier du réel impact de notre livret. En effet, ayant été au contact de l'Association tout au long de son élaboration, nous avons entendu les questionnements des bénévoles, et ne pouvions pas les laisser sans réponse. Ainsi, beaucoup d'informations ont été données au fur et à mesure de l'élaboration du livret, et les changements pouvant être observés à la suite de notre intervention au sein de l'établissement ne sont pas dus seulement aux informations transmises par notre livret. De plus, l'expérimentation que nous avons effectuée ne concerne qu'une association, et donc qu'un nombre restreint de bénévoles (seuls dix questionnaires nous ont été restitués), et qu'une seule maison de retraite, avec ses spécificités (milieux d'origine des personnes âgées, fonctionnement de l'établissement). Ainsi, nous ne pouvons pas généraliser les conclusions que nous avons pu tirer de notre expérience. Notre livret a été construit pour **cette** association, dans **cette** maison de retraite. Par là même, il pourrait être intéressant de proposer ce livret à d'autres associations de ce

type, à la suite d'un moment de sensibilisation et de formation sur la communication, d'un moment d'échange avec les personnes. En effet, il nous paraît indispensable de rester disponible à toutes les questions qui peuvent être posées par les membres de ce type d'associations. La présentation de ce livret doit être étayée par les échanges directs que nous pourrions avoir avec eux.

Pour conclure, nous voudrions préciser que ce type d'intervention doit se faire dans une dynamique d'équipe. En effet,

« Le prendre-soin gérontologique ne peut exister sans le partenariat entre toutes les personnes susceptibles d'aider ceux dont nous prenons soin à améliorer ou maintenir la santé, et donc leur bien-être et leur qualité de vie : directeurs d'établissements, soignants spécialisés [...], bénévoles, familles... »¹⁰².

Il est important pour tous, professionnels et bénévoles, de travailler main dans la main, afin de permettre une prise en charge globale et cohérente des personnes âgées institutionnalisées, et de faire en sorte que « les institutions où vivent les hommes vieux soient des milieux de vie où on donne des soins et non plus des lieux de soins où on tente d'apporter un peu de vie. »¹⁰³.

¹⁰² Gineste Y. et Pellissier J., *Humanitude, comprendre la vieillesse, prendre soin des Hommes vieux*, Paris, Armand Colin, 2007, p. 226.

¹⁰³ *Ibid.*, p. 306.

Repères Bibliographiques

Ouvrages

- Arcand M. et Hébert R., *Précis pratique de gériatrie*, Saint-Hyacinthe, EDISEM et MALOINE, 2007.
- Benenzon R-O, *La musicothérapie, la part oubliée de la personnalité*, Bruxelles, De Boeck Université, 2007 (deuxième tirage).
- Brin F., Courrier C., Lederle E., Masy V., *Dictionnaire d'orthophonie*, Isbergues, Ortho édition, 2004.
- Dujardin K. et Lemaire P., *Neuropsychologie du vieillissement normal et pathologique*, Issy-les-Moulineaux, Elsevier-Masson, 2008.
- Feyereisen P. et Hupet M., *Parler et communiquer avec la personne âgée, psychologie du vieillissement cognitif*, Paris, Presses Universitaires de France, 2002.
- Gineste Y. et Pellissier J., *Humanitude, comprendre la vieillesse, prendre soin des Hommes vieux*, Paris, Armand Colin, 2007.
- Kagan Y., *Dictionnaire de pratique gérontologique*, Paris, Frison-Roche / Specia, 1996.
- Lairez-Sosiewicz N., *Imaginer et réaliser, la marmite des professionnels en gériatrie*, Lyon, Chronique Sociale, 2006.
- Lairez-Sosiewicz N., *Vivre l'animation auprès des personnes âgées*, Lyon, Chronique Sociale, 2008.
- Ogay S., *Alzheimer, communiquer grâce à la musicothérapie*, Paris/Montréal, l'Harmattan, 1996.
- Orellana-Gélain B., *Communiquer avec les personnes âgées, Guide pratique*, Paris, l'Harmattan, 2007.
- Proust M., *A la recherche du temps perdu, Du côté de chez Swann*, Paris, Robert Laffont, 1987.
- Sacks O., *Musicophilia : la musique, le cerveau et nous*, Paris, Seuil, 2009.

- Setton C. (sous la direction de), *Dictionnaire de la langue française*, Paris, SGED-Encyclopédie Bordas, 1995.
- Société biblique française, *La Bible en français courant*, Villiers-le-Bel, 1997.

Mémoires

- Barrier C. (2006), *Silences, sons, paroles... Un atelier de musique thérapeutique et son incidence sur la communication de personnes institutionnalisées atteintes d'une démence de type Alzheimer*, mémoire d'orthophonie, Université de Nantes
- Bonhomme C. et Desmier-Lavenant M. (1983), *Musicothérapie et musique en orthophonie*, Mémoire d'orthophonie, Université de Nantes
- Jacquot M. (2004), *Langage et grand âge, proposition d'un protocole d'animation d'un groupe de langage en maison de retraite pour des personnes âgées sans altération cognitive massive*, mémoire d'orthophonie, Université de Nancy I
- Pflimlin M.L. (1982), *La musique comme langage, le langage comme musique*, mémoire d'orthophonie, Université de Strasbourg
- Recour L. (2007), *Intérêt d'un atelier musical pour stimuler le langage et la communication auprès de personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer*, mémoire d'orthophonie, Université de Nancy I
- Win-Lime A. (2007), *La communication avec la personne âgée : compte-rendu d'une expérience de groupe en maison de retraite auprès de personnes âgées sans altération cognitive ou sensorielle massive*, mémoire d'orthophonie, Université de Strasbourg

Documents électroniques

- « Activités Physiques et Sportives pour Seniors et Personnes Âgées », in *Université Claude Bernard Lyon I* [consulté le 08/03/2010, http://focalserv.univ-lyon1.fr/fiche_formation.php?REF=4]

- « Animation maison de retraite », in *emagister.fr* [consulté le 08/03/2010, http://www.emagister.fr/formation_animation_amison_retraite-tps697032.htm]
- « Association Française de Musicothérapie » [consulté le 02/12/2009, www.musicotherapie-afm.com]
- « Charte de l'animation en gérontologie », GAG-IPV (2002-2007), in *Doc'Animation en gérontologie* [consulté le 17/03/2010, <http://www.docanimation.fr/>]
- « Charte de la personne âgée dépendante », in *lyon.fr* [consulté le 31/05/2010, <http://www.lyon.fr/static/vdl/contenu/solidarites/pa/pj35.pdf>]
- « De bonnes et de mauvaises musiques », Lecourt E. (2004), *conférence*, in *Association française de musicothérapie* [consulté le 28/11/2009, <http://www.musicotherapie-afm.com/documents.html>]
- « De la musique en Com », Rouzé V. (2006), in *Musicom, site personnel de Vincent Rouzé – Enseignant – Chercheur en culture et communication* [consulté le 02.12.2009, <http://rouzev.free.fr/spip.php?article22>]
- « Formation d'animateur-animatrice », in *Les maisons de retraite.fr* [consulté le 08/03/2010, <http://www.lesmaisonsderetraite.fr/formations/animateurs-animatrices.htm>]
- « Institut de Musicothérapie de Nantes » [consulté le 30/11/2009, <http://www.musicotherapie-nantes.com/>]
- « La maladie de Parkinson », Faure E. (septembre 2001), in www.caducee.net [consulté le 31/03/2010, <http://www.caducee.net/DossierSpecialises/neurologie/parkinson.asp#symptomes>]
- « La méthode verbo-tonale », Association Internationale pour la méthode verbo-tonale et Association des praticiens de la méthode verbo-tonale (2003), in *acfos.org* [consulté le 14/12/2009, http://www.acfos.org/comprendre/jeminterroge/verboton_page.php]
- « La musicothérapie », in *Wikipédia*, [consulté le 02.12.2009, <http://fr.wikipedia.org/wiki/Musicoth%C3%A9rapie>]

- « La nomenclature », in *snpsyen.site* [consulté le 31/05/2010, <http://snpsyen.site.voila.fr/espaceadherents/orthophonistes.pdf>]
- « La théorie Gricéenne de la communication », Van der Henst J.B. (2002), in *Center Blog* [consulté le 11/12/2009, <http://romainb.centerblog.net/1407284-THEORIE-DE-GRICE>]
- « Les 14 besoins fondamentaux », Henderson V. (2005), in *sideralsante* [consulté le 07/10/2009, http://www.sideralsante.fr/repository/pdfs/407_liste_et_definition_des_14_besoins.pdf]
- « Les Aphasies », Grondin J., in *Neuropsychologie* [consulté le 14/12/2009, <http://pagesperso-orange.fr/jerome.grondin/aphasie.htm>]
- « Mots-valises », Créhange A., in *pagesperso-orange* [consulté le 06/02/2010, <http://pagesperso-orange.fr/alain.crehange/frmotsval.html>]
- « Prévention des maladies, niveaux de prévention » in *Wikipédia, l'encyclopédie libre* [consulté le 13/05/2010, <http://fr.wikipedia.org/wiki/Pr%C3%A9vention>]
- « Projection de la population 2005-2050, Vieillesse de la population en France métropolitaine », Robert-Bobée I. (2007), in *Insee, Economique et Statistique* [consulté le 19/03/2010, http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/Ecostat_D.pdf]

Périodiques

- Diss M-C, « animateurs, l'union des porteurs de liens », *Infirmière Magazine, Supplément au n°249*, 2009, p.15.
- Garcia P., « Musicothérapie comme : donner du son et prendre soin », *La Revue de Gériatrie, Tome 33 Supplément A au numéro 6, Actes du colloque international « Approches non-médicamenteuses de la Maladie d'Alzheimer »*, 2008, p.23-24.

ANNEXES

Sommaire des annexes

I. Charte pour les Personnes Agées Dépendantes	132
II. Liste des Droits des Personnes Agées Dépendantes	135
III. Charte de l'animation en gérontologie.....	136
IV. 14 besoins fondamentaux de V. Henderson	137
V. Décret de compétences des orthophonistes et Nomenclature Générale des Actes Professionnels.....	138
VI. Grille AGGIR.....	140
VII. Questionnaire.....	141
VIII. Art-thérapie	143

I. Charte pour les Personnes Agées Dépendantes¹⁰⁴

Charte des droits et des libertés de la personne âgée dépendante

Fondation Nationale de Gérontologie 1999

Ministère de l'emploi et de la solidarité

La vieillesse est une étape pendant laquelle chacun doit pouvoir poursuivre son épanouissement. La plupart des personnes âgées, restées autonomes et actives jusqu'au dernier moment de leur vie. L'apparition de la dépendance, quand elle survient, se fait à un âge de plus en plus tardif. Cette dépendance peut être due à l'altération de fonctions physiques et/ou l'altération de fonctions mentales.

Même dépendantes, les personnes âgées doivent continuer à exercer leurs droits, leurs devoirs et leurs libertés de citoyens. Elles doivent aussi garder leur place dans la cité, au contact des autres générations, dans le respect de leurs différences.

Cette charte a pour objectif de reconnaître la dignité de la personne âgée devenue dépendante et de préserver ses droits.

• Article I - Choix de vie

Toute personne âgée dépendante garde la liberté de choisir son mode de vie.

Elle doit pouvoir profiter de l'autonomie permise par ses capacités physiques et mentales, même au prix d'un certain risque. Il faut l'informer de ce risque et au prévenir l'isolement. La famille et les intervenants doivent respecter le plus possible son désir profond.

• Article II - Domicile et environnement

Le lieu de vie de la personne âgée dépendante, domicile personnel ou établissement, doit être choisi par elle et adapté à ses besoins.

La personne âgée dépendante ou à autonomie réduite réside le plus souvent dans son domicile personnel. Des aménagements doivent être proposés pour lui permettre de rester chez elle. Lorsque le séjour au domicile atteint ses limites, la personne âgée dépendante peut choisir de vivre dans une institution ou une famille d'accueil qui deviendra son nouveau domicile.

Un handicap mental rend souvent impossible la poursuite de la vie au domicile. Dans ce cas l'indication et le choix du lieu d'accueil doivent être évalués avec la personne et ses proches. Ce choix doit rechercher la solution la mieux adaptée au cas individuel de la personne malade.

Son confort moral et physique, sa qualité de vie, doivent être l'objectif de constant, quelle que soit la structure d'accueil. L'architecture des établissements doit être conçue pour répondre aux besoins de la vie privée. L'espace doit être organisé pour garantir l'accessibilité, l'orientation, les déplacements et garantir les meilleures conditions de sécurité.

• Article III - Une vie sociale malgré les handicaps

Toute personne âgée dépendante doit conserver la liberté de communiquer, de se déplacer et de participer à la vie de la société.

Les urbanistes doivent prendre en compte le vieillissement de la population pour l'aménagement de la cité.

Les lieux publics et les transports en commun doivent être aménagés pour être accessibles aux personnes âgées, ainsi qu'à tout handicapé et faciliter leur participation à la vie sociale et culturelle.

La vie quotidienne doit prendre en compte le rythme et les difficultés des personnes âgées dépendantes, que ce soit en institution ou au domicile.

Toute personne âgée doit être informée de façon claire et précise sur ses droits sociaux et sur l'évolution de la législation qui la concerne.

• Article IV - Présence et Rôle des proches

Le maintien des relations familiales et des réseaux amicaux est indispensable aux personnes âgées dépendantes.

¹⁰⁴ « Charte de la personne âgée dépendante », in *lyon.fr* [consulté le 31/05/2010, <http://www.lyon.fr/static/vdl/contenu/solidarites/pa/pj35.pdf>]

Le rôle des familles, qui entourent de leurs soins leurs parents âgés dépendants à domicile, doit être reconnu. Ces familles doivent être soutenues dans leurs tâches, notamment sur le plan psychologique.
Dans les institutions, la coopération des proches à la qualité de la vie doit être encouragée et facilitée. En cas d'absence ou de défaillance des proches, c'est au personnel et aux bénévoles de les suppléer.
Une personne âgée doit être protégée des actions visant à la séparer d'un tiers avec qui, de façon mutuellement consentie, elle entretient ou souhaite avoir une relation intime.
La vie affective existe toujours, la vie sexuelle se maintient souvent au grand âge, il faut les respecter.

• Article V - Patrimoine et revenus

Toute personne âgée dépendante doit pouvoir garder la maîtrise de son patrimoine et de ses revenus disponibles.

Elle doit pouvoir en disposer conformément à ses désirs, sous réserve d'une protection légale, en cas de dépendance psychique.
Il est indispensable que les ressources de la personne âgée soient complètes lorsqu'elles ne lui permettent pas d'assumer le coût des handicaps.

• Article VI - Valorisation de l'activité

Toute personne âgée dépendante doit être encouragée à conserver des activités.

Des besoins d'expression et des capacités d'accomplissement persistent, même chez les personnes âgées qui ont un affaiblissement intellectuel sévère.
Développer des centres d'intérêt évite la sensation de dévalorisation et d'isolement. La participation volontaire à des réalisations diversifiées et valorisantes (familiales mais aussi sociales, économiques, artistiques, culturelles, associatives, ludiques, etc.) doit être favorisée. L'activité ne doit pas être une animation stéréotypée, mais doit permettre l'expression des aspirations de chaque personne âgée.
Une personne âgée mentalement déficiente doit pouvoir participer à des activités adaptées. Les activités infantilisantes ou dévalorisantes sont à rejeter.

• Article VII - Liberté de conscience et pratique religieuse

Toute personne âgée dépendante doit pouvoir participer aux activités religieuses ou philosophiques de son choix.

Chaque établissement doit disposer d'un local d'accueil aisé, pouvant servir de lieu de culte, et permettre la visite des représentants des diverses religions.
Les rites et usages religieux s'accomplissent dans le respect mutuel.

• Article VIII - Préserver l'autonomie et prévenir

La prévention de la dépendance est une nécessité pour l'individu qui vieillit.

La vieillesse est un état physiologique qui n'appelle pas en soi de médicalisation. La dépendance physique ou psychique résulte d'états pathologiques, dont certains peuvent être prévenus ou traités.
Une démarche médicale préventive se justifie donc, chaque fois que son efficacité est démontrée. Les moyens de prévention doivent faire l'objet d'une information claire et objective du public, en particulier des personnes âgées, et être accessibles à tous.

• Article IX - Droits aux soins

Toute personne âgée dépendante doit avoir, comme tout autre, accès aux soins qui lui sont utiles.

Aucune personne âgée ne doit être considérée comme un objet passif de soins, que ce soit au domicile, en institution ou à l'hôpital.

L'accès aux soins doit se faire en temps utile, en fonction du cas personnel de chaque malade et non d'une discrimination par âge.

Les soins comprennent tous les actes médicaux et paramédicaux qui permettent la guérison chaque fois que cet objectif peut être atteint. Ces soins visent aussi à réduire les souffrances et à compenser les handicaps. Ils s'appliquent à améliorer la qualité de vie en soulageant la douleur, à maintenir la lucidité et le confort du malade, en réalisant ses espoirs et projets. L'hôpital doit donc disposer des compétences et des moyens d'assurer sa mission de service public auprès des personnes âgées malades.

Les institutions d'accueil doivent disposer des locaux et des compétences nécessaires à la prise en charge des personnes

âgées dépendantes, en particulier dépendantes psychiques.

Les délais administratifs abusifs qui retardent l'entrée dans l'institution choisie doivent être abolis.

La tarification des soins doit être déterminée en fonction des besoins de la personne âgée dépendante et non de la nature du service ou de l'établissement qui la prend en charge.

• Article X - Qualification des intervenants

Les soins qui requièrent une personne âgée dépendante doivent être dispensés par des intervenants formés, en nombre suffisant.

Une formation spécifique en gérontologie doit être dispensée à tous ceux qui ont une activité professionnelle qui concerne les personnes âgées.

Cette formation doit être initiale et continue en cours d'exercice, elle concerne en particulier, mais non exclusivement, tous les corps de métier de la santé.

Ces intervenants doivent bénéficier d'une analyse des attitudes, des pratiques et d'un soutien psychologique.

• Article XI - Respect de la fin de vie

Soins et assistance doivent être procurés à la personne âgée en fin de vie et à sa famille.

Certes, les affections sévères et les affections mortelles ne doivent pas être confondues: le renoncement thérapeutique chez une personne curable constitue un risque aussi inacceptable que celui d'un acharnement thérapeutique injustifié. Mais, lorsque la mort approche, la personne âgée doit être estimée de soins et d'attentions adaptés à son état.

Le refus de l'acharnement ne signifie pas un abandon des soins mais doit, au contraire, se traduire par un accompagnement qui veille à combattre efficacement toute douleur physique et à prendre en charge la douleur morale. La personne âgée doit pouvoir terminer sa vie naturellement et confortablement entourée de ses proches, dans le respect de ses convictions et en tenant compte de ses vœux.

Que la mort ait lieu au domicile, à l'hôpital ou en institution, le personnel doit être formé aux aspects techniques et relationnels de l'accompagnement des personnes âgées et de leur famille avant et après le décès.

• Article XII - La recherche : une priorité et un devoir

La recherche multidisciplinaire sur le vieillissement et la dépendance est une priorité.

Seule la recherche peut permettre une meilleure connaissance des déficiences et maladies liées à l'âge et faciliter leur prévention.

Une telle recherche implique aussi bien les disciplines biomédicales et de santé publique que les sciences humaines et les sciences économiques.

Le développement d'une recherche gérontologique peut à la fois améliorer la qualité de vie des personnes âgées dépendantes, diminuer leurs souffrances et les coûts de leur prise en charge.

Il y a un devoir de recherche sur le fléau que représentent les dépendances associées au grand âge. Il y a un droit pour tous ceux qui en sont ou seront frappés à bénéficier des progrès de la recherche.

• Article XIII - Exercice des droits et protection juridique de la personne

Toute personne en situation de dépendance devrait voir protégés ses biens mais aussi sa personne.

Ceux qui initient ou qui appliquent une mesure de protection ont le devoir d'évaluer ses conséquences affectives et sociales.

L'exercice effectif de la totalité de leurs droits civiques doit être assuré aux personnes âgées, y compris le droit de vote, en l'absence de tutelle.

La sécurité physique et morale contre toutes agressions et maltraitances doit être sauvegardée.

Lors de l'entrée en institution privée ou publique ou d'un placement dans une famille d'accueil, les conditions de résidence doivent être garanties par un contrat explicite, la personne âgée dépendante peut avoir recours au conseil de son choix.

Tout changement de lieu de résidence ou même de chambre doit faire l'objet d'une concertation avec l'intéressé(e).

Lors de la mise en œuvre des protections prévues par le Code civil (sauvegarde de justice, curatelle ou tutelle), il faut considérer avec attention que :

le besoin de protection n'est pas forcément total ni définitif :

- la personne âgée dépendante protégée doit pouvoir donner son avis chaque fois que cela est nécessaire et possible ;

- la dépendance psychique n'exclut pas que la personne âgée puisse exprimer des orientations de vie et devra toujours être informée des actes effectués en son nom.

• Article XIV - L'information, meilleur moyen de lutte contre l'exclusion

L'ensemble de la population doit être informé des difficultés qu'éprouvent les personnes âgées dépendantes.

Cette information doit être la plus large possible. L'ignorance aboutit souvent à une exclusion qui ne prend pas en compte les capacités restantes ni les devoirs de la personne.

L'exclusion peut résulter aussi bien d'une surprotection infantilisante que d'un rejet ou d'un refus de la réponse aux besoins.

L'information concerne aussi les actions immédiates possibles. L'éventail des services et institutions capables de répondre aux besoins des personnes âgées dépendantes est trop souvent méconnu, même des professionnels.

Faire toucher du doigt la réalité du problème et sa complexité peut être une puissante action de prévention vis à vis de l'exclusion des personnes âgées dépendantes et peut être un réflexe dimensionnaire de leur part.

Lorsqu'il sera admis par tous que les personnes âgées dépendantes ont droit au respect absolu de leurs libertés d'adulte et de leur dignité d'être humains, cette charte sera appliquée dans son esprit.

II. Liste des Droits des Personnes Âgées Dépendantes¹⁰⁵

Droits des personnes âgées dépendantes en institution

1. Tout résident doit bénéficier des dispositions de la charte des droits et libertés des personnes âgées dépendantes.
2. Nul ne peut être admis en institution sans une information et un dialogue préalables, et sans son accord.
3. Comme pour tout citoyen adulte : la dignité, l'identité et la vie privée du résident doivent être respectées.
4. Le résident a le droit d'exprimer ses choix et ses souhaits.
5. L'institution devient le domicile du résident. Il doit y disposer d'un espace personnel.
6. L'institution est au service du résident. Elle s'efforce de répondre à ses besoins et de satisfaire ses désirs.
7. L'institution encourage les initiatives du résident. Elle favorise les activités individuelles et développe les activités collectives (intérieures ou extérieures) dans le cadre d'un projet de vie.
8. L'institution doit assurer les soins infirmiers et médicaux les plus adaptés à l'état de santé du résident. S'il est nécessaire de donner des soins à l'extérieur de l'établissement, le résident doit en être préalablement informé.
9. L'institution accueille la famille, les amis, ainsi que les bénévoles, et les associe à ses activités. Cette volonté d'ouverture doit se concrétiser par des lieux de rencontre, des horaires de visite souples, des possibilités d'accueil pour quelques jours et par des réunions périodiques avec tous les intervenants.
10. Après une absence transitoire (hospitalisation, vacances, etc.) le résident doit retrouver sa place dans l'institution.
11. Tout résident doit disposer de ressources personnelles. Il peut notamment utiliser librement la part de son revenu qui reste disponible.
12. Le droit à la parole est fondamental pour les résidents.

*Fondation nationale de gérontologie
Secrétariat d'Etat chargé de la sécurité sociale
Ministère des Affaires sociales et de l'emploi.
1987*

¹⁰⁵ Lairez-Sosiewicz N., *Vivre l'animation auprès des personnes âgées*, Lyon, Chronique Sociale, 2008.

III. Charte de l'animation en gérontologie¹⁰⁶

Charte de l'animation en gérontologie

Chapitre
L'animation en gérontologie

Article 1
Spécificités

L'animation en gérontologie est issue à la fois de l'éducation populaire et de l'approche des adultes âgés. Elle contribue au respect des valeurs individuelles et collectives, en prenant en compte l'environnement. Elle individualise les pratiques en fonction des attentes et besoins des personnes.

Article 2
Conception

L'animation en gérontologie est un ensemble coordonné d'actions diverses et adaptées, en lien avec la vie des personnes âgées. Elle vise une réponse aux attentes et aux besoins des personnes âgées, en vue du maintien, du développement de leur vie relationnelle, sociale et culturelle. Elle se situe dans une perspective d'accomplissement de l'être humain dans le respect de ses capacités et l'expression de ses aspirations. Elle cherche la mise en commun avec les différentes approches soignantes et éducatives. Elle s'évalue par la mesure des écarts entre les attentes de la personne, les objectifs fixés et l'action réalisée.

Article 3
Le projet d'animation

Le projet d'animation est validé dans le cadre institutionnel et s'articule avec les autres projets. Il s'inscrit au projet de vie, en précise les points forts et prioritaires arrêtés par l'institution. Il est garanti aux attentes évolutives des personnes. Il est élaboré avec les adultes âgés eux-mêmes, en fonction de leurs capacités, et avec tous les partenaires, dans une démarche participative.

Chapitre
Les apports de l'animation sociale

Article 4
Répondre à des situations multiples, respecter les différences

L'animation en gérontologie, s'appuyant sur le respect de la personne âgée et la connaissance de l'apport de chacun à la vie sociale, s'adresse à toutes les personnes âgées quelles que soient leurs possibilités et leur autonomie, dans une approche transversale impliquant l'avis de tous les acteurs proches concernés. Sa méthodologie garantit une approche adaptée.

Article 5
Recherche, connaissance et respect des attentes de la personne

L'animation en gérontologie s'appuie sur les moyens d'investigation des attentes des personnes dans une vie éthique préservant le respect de la vie personnelle. Ses apports sont formalisés par l'individualisation des pratiques dans le respect des demandes des personnes, des lois en vigueur et de la liberté de chacun.

Article 6
Vie sociale des personnes âgées : démarche et méthodologie

Le projet d'animation comprend la mise en œuvre des réponses aux attentes, le développement de la vie relationnelle, sociale et culturelle des personnes et l'incitation à des projets existentiels et sociaux. Les objectifs d'animation visent la satisfaction des attentes des personnes âgées, le plaisir et les sensations souhaitées, l'exercice des rôles sociaux et leur réalisation. Le groupe est un support important de valorisation de la vie sociale. Il facilite le croisement des attentes individuelles, les liens et le développement des réseaux. Les maîtres et le développement de l'autonomie sociale passent par une approche active et citoyenne visant le maintien de l'inertion, du respect de chacun et le maintien de l'autonomie sociale, ses interactions avec les capacités physiques et psychiques, passe par le respect des valeurs, tout en évitant la mise en échec.

Chapitre
Les acteurs, l'animateur, les interactions

Article 7
Multiplicité des acteurs et interprofessionnalité

Tous les acteurs de l'animation ont pour finalité de faciliter l'autonomie sociale de l'adulte âgé et sa participation à la vie sociale. L'animation en gérontologie est contributive d'une approche globale de l'adulte âgé, et fait référence à toutes les disciplines. Elle favorise une réflexion globale sur les rôles des adultes âgés eux-mêmes, l'implication de tous les acteurs dans une coopération construite, par une démarche participative autour d'un projet d'animation. L'animateur intervient au sein d'une équipe interprofessionnelle, dont il reconnaît la complémentarité. Il communique dans la transparence et en fonction d'objectifs définis.

Article 8
Spécificités de l'animateur

L'animateur communique de façon adaptée et compréhensible par tous, pour développer la participation et la coopération de chacun. Il acquiert ses méthodologies par des formations adaptées, qualifiantes, professionnalisantes. Son statut est lié à des compétences professionnelles validées et reconnues. Plusieurs niveaux de qualification sont nécessaires pour répondre à tous les besoins. Le niveau minimum d'intervention en autonomie est celui du BP JEPS « animation sociale ». L'équipe d'animation se construit autour d'un projet d'animation et de ses acteurs (personnels, bénévoles, familles, proches, aidants, partenaires...). Leur intervention en animation s'effectue en référence au projet d'animation et sous la responsabilité de l'animateur. La responsabilité de l'animateur se situe dans l'intimité de l'animation telle que définie dans les articles précédents, et dans la limite où la sécurité pour la personne âgée la pratiquant est assurée. L'animateur est garant du projet d'animation, de son application, compte tenu des moyens dont il dispose, sous l'autorité du directeur de l'institution, établissement ou service d'aide. Il fait respecter la liberté individuelle, le droit d'expression de chacun et le fonctionnement démocratique du groupe. Il est tenu au secret professionnel et au respect des confidentialités.

Article 9
Fonctions de l'animateur social

L'animateur construit, prépare, réalise et évalue les actions d'animation dont il a la responsabilité. Il recueille les informations et communique aux autres professionnels ou intervenants les connaissances qu'il a, dans les limites de la confidentialité et dans la recherche de la meilleure réponse à la personne âgée. Le partage d'informations avec l'ensemble de l'équipe permet d'évaluer le risque et de fixer les conditions de réalisation. L'animateur a un rôle de médiation dans les pratiques centrées sur les attentes et choix de la personne âgée. Il est autonome pour prendre toute décision en matière d'animation dès lors que le projet d'animation est connu de tous, sous réserve de la sécurité et sous l'autorité du responsable. Il diffuse les informations dans les limites de l'exercice de son métier. Il organise le recueil des attentes, l'analyse des situations et les coordinations sur l'animation, pour des pratiques d'animation éthiques et respectueuses des personnes. Il peut remplir des missions spécifiques (dynamisation des équipes, information, gestion, formation...) dans une participation à une culture gérontologique partagée.





Charte initiée et coordonnée par GAG-IPV
Groupement des animateurs en gérontologie, Institut du projet de vie, Institut de gérontologie de l'ouest

Diffusion Doc'ANIMATION en gérontologie La revue professionnelle

¹⁰⁶ GAG-IPV (2002-2007), « Charte de l'animation en gérontologie », in *Doc'Animation en gérontologie* [consulté le 17/03/2010, <http://www.docanimation.fr/>]

IV. Quatorze besoins fondamentaux¹⁰⁷

Les 14 besoins fondamentaux de Virginia Henderson¹

1/ Respirer Normalement

La finalité du besoin correspond à la nécessité, pour chaque individu, de disposer d'une oxygénation cellulaire satisfaisante.
Les mécanismes pour l'atteindre sont l'apport gazeux, la ventilation, la diffusion et la circulation.

2/ Manger et boire convenablement

La finalité du besoin correspond à la nécessité, pour chaque individu, d'entretenir son métabolisme afin de produire de l'énergie, de construire, maintenir et réparer les tissus.
Les mécanismes pour l'atteindre sont l'ingestion, l'absorption et l'assimilation des nutriments.

3/ Eliminer par toutes les voies d'élimination

La finalité du besoin correspond à la nécessité, pour chaque individu, d'éliminer les déchets qui résultent du fonctionnement de l'organisme.
Les mécanismes pour l'atteindre sont la production et le rejet de sueur, de menstrues, d'urines, de selles et l'utilisation de matériel sanitaire.

4/ Se mouvoir et maintenir une bonne posture (à la marche, assis, couché et dans le changement de position)

La finalité du besoin correspond à la nécessité, pour chaque individu, d'entretenir l'intégrité et l'efficacité des systèmes biophysiques, de permettre la réalisation des activités sociales et de construire et maintenir l'équilibre mental.
Les mécanismes pour l'atteindre sont la mobilisation des différentes parties du corps, la coordination des mouvements et le positionnement des différents segments corporels.

5/ Dormir et se reposer

La finalité du besoin correspond à la nécessité, pour chaque individu, de prévenir et réparer la fatigue, diminuer les tensions, conserver et promouvoir l'énergie.
Les mécanismes pour l'atteindre sont la résolution musculaire, la suspension de la vigilance, la périodicité des cycles du sommeil ainsi que l'alternance activité/repos physique et mental.

6/ Choisir les vêtements appropriés, s'habiller et se déshabiller

La finalité du besoin correspond à la nécessité, pour chaque individu, de se protéger et d'exprimer son identité physique, mentale et sociale.
Les mécanismes pour l'atteindre sont le port de vêtements et d'accessoires, ainsi que la réalisation des mouvements adéquats.

7/ Maintenir à un niveau normal la température du corps par le port de vêtements appropriés ou la modification de la température ambiante

La finalité du besoin correspond à la nécessité, pour chaque individu, d'assurer le rendement optimal des fonctions métaboliques, de maintenir les systèmes biophysiques et de maintenir une sensation de chaleur corporelle satisfaisante.
Le mécanisme pour l'atteindre est la thermorégulation.

8/ Tenir son corps propre et sa mise soignée, protéger son épiderme

La finalité du besoin correspond à la nécessité, pour chaque individu, de maintenir l'intégrité de la peau, des muqueuses et des phanères, d'éliminer les germes et les souillures, et d'avoir une sensation de propreté corporelle, élément de bien-être.
Les mécanismes pour l'atteindre sont les soins d'hygiène corporelle et la réalisation des mouvements adéquats.

9/ Se garder des dangers que peut représenter l'environnement et éviter que le malade ne soit une source de danger pour les autres

La finalité du besoin correspond à la nécessité, pour chaque individu, de se protéger contre toute agression externe, réelle ou imaginaire et de promouvoir l'intégrité physique, l'équilibre mental et l'identité sociale.

Les mécanismes pour l'atteindre sont la vigilance vis-à-vis des menaces réelles ou potentielles, les réactions biophysiques face aux agressions physiques, thermiques, chimiques, microbiennes, la réalisation de tâches développementales, la construction du concept de soi, les rapports sociaux et les stratégies d'adaptation aux situations de crise.

10/ Communiquer avec autrui et exprimer ses émotions, ses besoins, ses craintes et ses sentiments

La finalité du besoin correspond à la nécessité, pour chaque individu, de transmettre et de percevoir des messages cognitifs ou affectifs, conscients ou inconscients et d'établir des relations avec autrui par la transmission ou la perception d'attitudes, de croyances et d'intentions.
Les mécanismes pour l'atteindre sont la mise en jeu des organes sensoriels, l'échange d'informations par l'intermédiaire du système nerveux périphérique et central, l'apprentissage et l'utilisation des codes et des modes de la communication, la capacité à établir des contacts avec le monde.

11/ Remplir ses devoirs religieux selon ses croyances

La finalité du besoin correspond à la nécessité, pour chaque individu, d'être reconnu comme sujet humain, de faire des liens entre les événements passés, présents et à venir, et se réapproprier sa vie, de croire en la continuité de l'homme, de chercher un sens à sa vie et s'ouvrir à la transcendance.
Les mécanismes pour l'atteindre sont la prise de conscience de la finitude comme partie intégrante de l'existence, le choix d'un système de référence basé sur des valeurs, des croyances, une foi et l'adoption d'un mode de vie s'y conformant, la réalisation d'actes témoignant de l'engagement spirituel et/ou religieux, la participation à des activités rituelles de manière individuelle ou collective.

12/ S'occuper à un travail qui lui donne l'impression de faire quelque chose d'utile

La finalité du besoin correspond à la nécessité, pour chaque individu, d'exercer ses rôles, d'assurer ses responsabilités, et de s'actualiser par le développement de son potentiel.
Les mécanismes pour l'atteindre sont une conception claire de ses rôles, la réalisation de ses performances de rôle, et l'adaptation aux changements tout en conservant la maîtrise de ses choix.

13/ Jouer ou participer à divers genres de récréations

La finalité du besoin correspond à la nécessité, pour chaque individu, de se détendre, de se divertir et de promouvoir l'animation du corps et de l'esprit.
Les mécanismes pour l'atteindre sont la réalisation d'activités récréatives, individuelles ou collectives, adaptées à ses capacités et à ses aspirations personnelles.

14/ Apprendre, découvrir, satisfaire une saine curiosité pouvant favoriser le développement normal de la santé.

La finalité du besoin correspond à la nécessité, pour chaque individu, d'évoluer, de s'adapter, d'interagir en vue de la restauration, du maintien et de la promotion de sa santé.
Les mécanismes pour l'atteindre sont la réceptivité à l'apprentissage, l'acquisition de connaissances, le développement d'habiletés et l'adaptation des comportements.

¹ D'après « Les principes fondamentaux des soins infirmiers du CI », de Virginia Henderson, édité par le Conseil International des Infirmières (révisé en 2003), 59 pages ; et le « Guide d'observation des 14 besoins de l'être humain - orientation diagnostique », de N. Delchambre, M.-R. Lefevre, A. Ligot, N. Mainjot, M.-F. Marlière et M. Mathieu, éditions De Boeck (2ème édition), 2005, 71 pages.

¹⁰⁷ Henderson V. (2005), Les 14 besoins fondamentaux, in *sideralsante* [consulté le 07/10/2009, http://www.sideralsante.fr/repository/pdfs/407_liste_et_definition_des_14_besoi.pdf]

V. Décret de compétences et Nomenclature Générale des Actes Professionnels¹⁰⁸

Le décret de compétence des orthophonistes

Décret numéro 2002 721 du 2 mai 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'orthophoniste

Art. 1er. L'orthophoniste consiste à prévenir, à évaluer et à prendre en charge, aussi précocement que possible, par des actes de rééducation constituant un traitement, les troubles de la voix, de l'articulation, de la parole, ainsi que les troubles associés à la compréhension du langage oral et écrit et à son expression à dispenser l'apprentissage d'autres formes de communication non verbale permettant de compléter ou de suppléer ces fonctions.

Art. 2. Dans le cadre de la prescription médicale, l'orthophoniste établit un bilan qui comprend le diagnostic orthophonique, les objectifs et le plan de soins. Le compte rendu de ce bilan est communiqué au médecin prescripteur accompagné de toute information en possession de l'orthophoniste et de tout avis susceptible d'être utile au médecin pour l'établissement du diagnostic médical, pour l'éclairer sur l'aspect technique de la rééducation envisagée et lui permettre l'adaptation du traitement en fonction de l'état de santé de la personne et de son évolution.

Art. 3. L'orthophoniste est habilité à accomplir les actes suivants :
1. Dans le domaine des anomalies de l'expression orale ou écrite :
la rééducation des fonctions du langage chez le jeune enfant présentant un handicap moteur, sensoriel ou mental ;
la rééducation des troubles de l'articulation, de la parole ou du langage oral (dysphasie, bégaiement) quelle qu'en soit l'origine ;
la rééducation des troubles de la phonation liés à une division palatine ou à une incompetence vélopharyngée ;
la rééducation des troubles du langage écrit (dyslexie, dysorthographe, dysgraphie) et des dyscalculies ;
l'apprentissage des systèmes alternatifs ou augmentatifs de la communication ;
2. Dans le domaine des pathologies otorhino-laryngologiques :
la rééducation des troubles vélotubotympaniques ;
la rééducation des fonctions vocales impliquant des troubles de l'articulation et de la parole ;
la rééducation et la conservation de la voix, de la parole et du langage, la déstabilisation et l'apprentissage de la lecture labiale, y compris dans le cas d'implants cochléaires ou d'autres dispositifs de réhabilitation ou de suppléance de la surdité ;
la rééducation des troubles de la déglutition (dysphagie, agnésie et dyspraxie bucco-faciale) ;
la rééducation des troubles de la voix d'origine organique ou fonctionnelle pouvant justifier l'apprentissage des voix oro-nasopharyngées ou trachéopharyngées et de l'utilisation de toute prothèse phonatoire ;
3. Dans le domaine des pathologies neurologiques :
la rééducation des dysarthésies et des dysphagies ;
la rééducation des fonctions du langage oral ou écrit liées à des lésions cérébrales localisées (aphasie, alicie, agnésie, agnésie, acalculie) ;
le maintien et l'adaptation des fonctions de communication dans les lésions dégénératives du vieillissement cérébral.

Art. 4. La rééducation orthophonique est accompagnée, en tant que de besoin, de conseils appropriés à l'environnement proche du patient.
L'orthophoniste peut proposer des actions de prévention, d'éducation sanitaire ou de diagnostic, les organiser ou y participer. Il peut participer à des actions concernant la formation initiale et continue des orthophonistes et éventuellement d'autres professionnels, la lutte contre l'élitisme ou la recherche dans le domaine de l'orthophonie.

Art. 5. Le décret numéro 83 766 du 24 août 1983 modifié fixant la liste des actes professionnels accomplis par les orthophonistes ainsi que l'article 1er du décret du 23 mars 1965 susvisé sont abrogés.

Art. 6. Le ministre de l'emploi et de la solidarité et le ministre délégué à la santé sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

La nomenclature

Arrêté du 28 juin 2002 modifiant la Nomenclature générale des actes professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux
NOR: 54NS022316A

Le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées et le ministre de l'agriculture, de l'alimentation, de la pêche et des affaires rurales,
Vu le code de la sécurité sociale, notamment l'article R. 162-52 ; Vu l'arrêté du 27 mars 1972 modifié relatif à la Nomenclature générale des actes professionnels des radiateurs, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux ;
Vu l'avis de la commission permanente de la Nomenclature générale des actes professionnels ;
Vu l'avis du conseil d'administration de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ;
Vu la notice de la commission des accidents de travail et des maladies professionnelles,

Arrêtés

Art. 1. L'arrêté du 25 juin 2002, publié au Journal officiel du 20 juin 2002, modifiant les dispositions de la dernière partie de la Nomenclature générale des actes professionnels, titre IV (Actes portant sur le cot), chapitre 1er (Larynx), est retiré.

Art. 2. Les dispositions de la dernière partie de la Nomenclature générale des actes professionnels, titre IV (Actes portant sur le cot), chapitre 1er (Larynx), sont modifiées comme suit :

Art. 2. Rééducation de la voix, du langage et de la parole.
Le bilan orthophonique fait l'objet d'une prescription médicale, accompagnée, si possible, des motivations de la demande de bilan et de tout élément susceptible d'orienter la recherche de l'orthophoniste. Deux types de prescriptions de bilan peuvent être établis :

1. Bilan orthophonique avec rééducation si nécessaire.
A l'issue de ce bilan, un compte rendu indiquant le diagnostic orthophonique est adressé au prescripteur. Si des actes de rééducation doivent être dispensés, ce compte-rendu comprend les objectifs de la rééducation, le nombre et la nature des séances que l'orthophoniste détermine, par référence à l'article 1 des dispositions générales. Sauf contre-indication médicale, il établit une demande d'orientation préalable.

2. Bilan orthophonique d'investigation.
A l'issue de ce bilan, un compte rendu indiquant le diagnostic orthophonique est adressé au prescripteur accompagné des propositions de l'orthophoniste. Le prescripteur peut alors prescrire une rééducation orthophonique en conformité avec la nomenclature. L'orthophoniste établit une demande d'orientation préalable.

A la fin du traitement, une note d'évolution est adressée au prescripteur.
Si, à l'issue de 50 premières séances pour les rééducations individuelles cotées de 5 à 12,1 ou de groupe de 100 premières séances pour les actes cotés 13 à 15, la rééducation doit être poursuivie, la prescription d'un bilan orthophonique de renouvellement est demandée au prescripteur par l'orthophoniste. La poursuite du traitement est mise en oeuvre conformément à la procédure décrite pour le premier type de bilan.
Le compte rendu de bilan est communiqué au service médical à sa demande.
Les instances de cet article ne sont pas consultées entre elles.

1. Bilan avec compte rendu écrit obligatoire
- Bilan de la déglutition et des fonctions oro-éno-fonctionnelles 16
 - Bilan de la phonation 24
 - Bilan du langage oral cive bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit - 24
 - Bilan du langage écrit, 24
 - Bilan de la dyscalculie et des troubles du raisonnement logique-mathématique 24
 - Bilan des troubles d'origine neurologique 30
 - Bilan du bégaiement 30
 - Bilan du langage dans le cadre des handicaps moteurs, sensoriels ou mentaux (trouble mental, IMC autisme, maladies génétiques) 30

En cas de bilan orthophonique de renouvellement, la cotation du bilan est minorée de 30 %.

2. Rééducation individuelle (exercice préalable)

La séance doit avoir une durée minimale de 30 minutes, sauf exception particulière.
La première série de 30 séances est susceptible par séries de 20 séances ou davantage :

- Rééducation des troubles d'articulation isolés chez des personnes ne présentant pas d'affection neurologique, par séance 5
- Rééducation des troubles de l'articulation liés à des déficiences perceptives, par séance 8

¹⁰⁸ « la nomenclature », in *snpsyen.site* [consulté le 31/05/2010, <http://snpsyen.site.voila.fr/espaceadherents/orthophonistes.pdf>]

- Rééducation des troubles de l'articulation liés à des déficiences d'origine organique, par séance 8
- Rééducation de la déglutition atypique, par séance 8
- Rééducation vélo-tubo-tyroptique, par séance 8
- Rééducation des troubles de la voix d'origine organique ou fonctionnelle, par séance 10
- Rééducation du mouvement pendulaire/doublage des cordes vocales à l'inspiration, par séance 10
- Rééducation des dysarthries neurologiques, par séance 10
- Rééducation des dysphagies chez l'adulte et chez l'enfant, par séance 10
- Rééducation des anomalies des fonctions oro-faciales entraînant des troubles de l'articulation et de la parole, par séance 10
- Éducation à l'acquisition et à l'utilisation de la voix oro-oesophagienne et/ou trachéo-oesophagienne, par séance 10
- Éducation à l'utilisation des prothèses phonatoires stables ou soit la méconose, par séance 10
- Rééducation des pathologies du langage écrit: lecture et/ou orthographe, par séance 10,1
- Rééducation des troubles du calcul et du raisonnement logico-mathématique, par séance 10,2
- Rééducation des troubles de l'écriture, par séance 10
- Rééducation des retards de parole, des retards du langage oral, par séances 12,1
- Rééducation du bégaiement, par séance 12
- Éducation précoce au langage dans les handicaps de l'enfant de type sensoriel, moteur, mental, par séance 12
- Éducation ou rééducation du langage dans les handicaps de l'enfant de type sensoriel, moteur, mental, par séance 12
- Éducation ou rééducation du langage dans le cadre de l'infirmité motrice d'origine cérébrale, par séance 12
- Éducation ou rééducation du langage dans le cadre des maladies génétiques, par séance 12
- Rééducation à la communication dans les surdités acquises appareillées et/ou éducation à la pratique de la lecture labiale, par séance 12

Pour les actes suivants, la séance doit avoir une durée minimale de 45 minutes, sauf mention particulière.

La première série de 30 séances est renouvelable par séries de 30 séances au maximum. Ce renouvellement est accompagné d'une note d'évolution au médecin prescripteur.

- Rééducation des dysphagies, par séance d'une durée minimale de 30 minutes 13
- Rééducation du langage dans les aphasies, par séance 13
- Rééducation des troubles du langage non aphasiques dans le cadre d'autres atteintes neurologiques, par séance 13
- Maintien et adaptation des fonctions de communication chez les personnes atteintes de maladies neuro-dégénératives, par séance 15
- Démontstration dans les surdités du premier âge, appareillées ou non, y compris en cas d'implantation cochléaire, par séance 15
- Rééducation ou conservation du langage oral et de la parole dans les surdités appareillées ou non, y compris en cas d'implantation cochléaire, par séance 15
- 3. Rééducation nécessitant des techniques de groupe (exercice préalable)
- Cette rééducation doit être dispensée à moins d'un mètre en présence pour quatre personnes. Il est conseillé de constituer des groupes de parité linguistique.
- Par première série de 30 séances d'une durée minimale d'une heure, renouvelable par séries de 20 séances au maximum
- Rééducation des troubles de la voix d'origine organique ou fonctionnelle, par séance 5
- Éducation à l'acquisition et à l'utilisation de la voix oro-oesophagienne et/ou trachéo-oesophagienne, par séance 5
- Rééducation des pathologies du langage écrit: lecture et/ou orthographe, par séance 5
- Rééducation des troubles du calcul et du raisonnement logico-mathématique, par séance 5
- Rééducation des retards de parole, des retards du langage oral, par séance 5
- Rééducation du bégaiement, par séance 5
- Éducation à la pratique de la lecture labiale, par séance 5
- Rééducation des dysphagies, par séance 5
- Rééducation du langage dans les aphasies, par séance 5

- Rééducation des troubles du langage non aphasiques dans le cadre d'autres atteintes neurologiques, par séance 5
- Maintien et adaptation des fonctions de communication chez les personnes atteintes de maladies neuro-dégénératives, par séance 5
- Démontstration dans les surdités du premier âge, appareillées ou non, y compris en cas d'implantation cochléaire, par séance 5
- Rééducation ou conservation du langage oral et de la parole dans les surdités appareillées ou non, y compris en cas d'implantation cochléaire, par séance 5

Art. 3. Le directeur général de la santé et le directeur de la sécurité sociale ou ministères de la santé, de la famille et des personnes handicapées et le directeur des exploitations, de la politique sociale et de l'emploi ou ministères de l'agriculture, de l'alimentation, de la pêche et des affaires rurales sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au journal officiel de la république française.

Fait à Paris le 28 juin 2002.

Le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées,

Pour le ministre et par délégation : le directeur général de la santé, L. Auberhan

Le directeur de la sécurité sociale, P.-J. Hras

Le ministre de l'agriculture, de l'alimentation, de la pêche et des affaires rurales, pour le ministre et par délégation : le directeur des exploitations, de la politique sociale et de l'emploi, C. Dubreuil

Cotations des actes

AMO : 2,35 euros (depuis le 18/03/2002)

IFD : 10,00 francs (depuis le 05/11/1998)

Adresses utiles

Par son statut, l'orthophoniste dépend du Ministère de la santé et de la famille et des personnes handicapées.

VI. Grille AGGIR

GRILLE AGGIR (à remplir par le médecin traitant)

NOM : Prénom :

Grille à remplir en utilisant :

- A** = fait seul : spontanément, et totalement, et habituellement, et correctement,
B = fait seul mais non spontanément, et/ou partiellement, et/ou non habituellement,
 et/ou non correctement,
C = ne fait jamais seul = il faut faire à la place ou « faire faire »

Cette grille est destinée à évaluer la perte d'autonomie de la personne âgée à partir du constat des activités effectuées ou non par la personne. Son remplissage exclut tout ce que font les aidants et/ou les soignants, afin de mesurer seulement ce que fait la personne âgée. Les aides matérielles et techniques sont considérées comme faisant partie de la personne (lunettes, fauteuil roulant, prothèses auditives...).

GRILLE NATIONALE AGGIR –VARIABLES DISCRIMINANTES		A,B,C	OBSERVATIONS
COHERENCE :	communication		
	comportement		
ORIENTATION :	se repérer dans le temps		
	Se repérer dans l'espace		
TOILETTE :	haut : visage, tronc, membres supérieurs, mains, rasage, coiffage		
	bas : membres inférieurs, pieds, régions intimes		
HABILLEMENT :	haut : vêtements passés par le bras et/ou la tête		
	moyen : fermetures de vêtements, boutonnage, fermetures éclair, ceintures, bretelles, pressions, soutien gorge		
	bas : vêtements passés par le bas du corps y compris chaussettes, bas, chaussures		
ALIMENTATION :	se servir (couper la viande, remplir son verre...)		
	manger : porter les aliments et les boissons à sa bouche et avaler		
ELIMINATION :	assurer l'hygiène de l'élimination urinaire		
	assurer l'hygiène de l'élimination anale		
TRANSFERTS :	se lever, se coucher, s'asseoir		
DEPLACEMENT A L'INTERIEUR :	avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant		
DEPLACEMENT A L'EXTERIEUR :	à partir de la porte d'entrée sans moyen de transport		
COMMUNICATION A DISTANCE :	utiliser les moyens de communication, téléphone, sonnette, alarme, télé alarme...		

Votre patient(e) bénéficie-t-il (elle) d'une APA à domicile ?

OUI NON

Si OUI, précisez le GIR :

CONCLUSIONS :

Cachet et signature du médecin traitant

A
le

VII. Questionnaire

Nom : _____

Date : __/__/2010

Etudiante en école d'orthophonie, je prépare actuellement mon mémoire de fin d'études, qui consiste en l'élaboration d'une plaquette d'informations sur la communication avec les personnes âgées institutionnalisées, à destination des bénévoles qui interviennent pour l'animation en maison de retraite. C'est pourquoi je me permets de vous présenter ce questionnaire, dans le but de connaître vos éventuels besoins en matière d'information sur la communication avec les personnes âgées, vos éventuelles attentes concernant l'orthophonie, mais aussi pour connaître un peu vos expériences pratiques, support bien souvent très intéressant pour nous, futurs jeunes professionnels. Les informations recueillies seront anonymisées avant d'être insérées dans mon mémoire. Merci de bien vouloir remplir ce questionnaire et de me le faire parvenir d'ici à la fin du mois de Février, afin que je puisse tenir compte de vos remarques dans l'élaboration de ma plaquette.

Je reste à votre disposition pour d'éventuelles questions ou indications supplémentaires, par mail (aline.rebert@gmail.com) ou par téléphone (06.79.86.43.18).

Merci d'avance pour votre participation

Aline REBERT

1

Questionnaire

Depuis combien de temps intervenez-vous à la Roselière avec l'association des bénévoles de la Roselière ?

Pour quel type d'animation intervenez-vous en général ?

Avez-vous déjà pu assister à certaines formations ?

Oui Non

Si oui, lesquelles ?

Pour vous, qu'est-ce que la communication ?

Lors des animations, quels types d'échanges avez-vous avec les participants ?

- Consignes données
- Questions fermées (avec des réponses du type oui/non)
- Questions ouvertes (avec des réponses plus construites)
- Demandes d'actions
- Discussions
- Autres, si oui lesquels ?

2

Quels types d'échanges les participants aux animations utilisent-ils entre eux et envers vous ?

- Questions fermées
- Questions ouvertes
- Demandes d'actions
- Demandes d'explications
- Discussions
- Autres, si oui lesquels ?

Avez-vous déjà rencontré des difficultés de communication avec certains participants ?

Oui Non

Si oui, lesquelles ?

Dans ces cas, quelles solutions avez-vous pu trouver ?

Vous est-il possible d'échanger avec les professionnels de la maison de retraite lorsque vous rencontrez des difficultés avec certains patients ?

Oui Non

Si oui, avec quels professionnels ?

- Infirmier(ère)
- Aide soignant(e)
- Médecin
- Kinésithérapeute
- Orthophoniste
- Animatrice
- Autres _____

3

Que connaissez-vous de l'intervention de l'orthophoniste auprès des personnes âgées ?

Quel type d'intermédiaire utilisez-vous lors des animations pour favoriser la communication avec les personnes participantes ?

- Chant
- Théâtre
- Langage écrit (lecture, écriture)
- Musique
- Poésie
- Dessin/Peinture
- Expression non verbale (gestes, mimiques)
- Autres, si oui, lesquels ?

Quelles informations supplémentaires souhaiteriez-vous pouvoir recevoir en ce qui concerne la communication avec les personnes âgées institutionnalisées ?

Merci pour votre participation...

4

VIII. Art-thérapie¹⁰⁹

A. Clown relationnel

Une démarche de soins relationnels par la voie du clown : Le Clown Relationnel®

Le Clown Relationnel® appartient à la famille des arts-thérapie. Le clown n'y est pas envisagé comme un art du spectacle ou une animation mais comme démarche de soins relationnels. Il est pratiqué par des soignants, des médecins, des éducateurs, des paramédicaux et autres professionnels de l'accompagnement.

L'objectif principal est de prévenir et accompagner les souffrances morales des patients et résidents : leurs peurs, anxiétés, tristesses, états de détresse...

Les soins relationnels sont « des soins vivifiants qui visent à soutenir le vivant dans toutes ses vicissitudes » (Charte du Clown Relationnel®).

La pratique du Clown Relationnel s'adresse:

- Aux personnes hospitalisées (pédiatrie, gériatrie, psycho-gériatrie, soins palliatifs) ;
- Aux personnes âgées en maison de repos (personnes désorientées, atteintes de la maladie d'Alzheimer et autres démences) ;
- Aux enfants et adultes différents (maladies mentales, handicaps, polyhandicaps).

« Recevoir le plaisir d'un sourire. Transformer un simple chuchotement en secret offert avec tendresse. Offrir

¹⁰⁹ Cryepondt B., «Clown'ose, l'audace de rencontrer son clown », in *clown thérapie Niort* [consulté le 25.05.2010, <http://art-clown-therapie.clown-ose.fr/clown.htm?CadiumSID=myhpoLlTcTpLn3wUzj1dPdeyTvk->]

la surprise d'un clin d'oeil et l'audace d'une caresse.
Découvrir une proximité complice réceptacle d'une rencontre.
Accepter qu'entre moi et l'autre, il y ait cette distance limite,
infranchissable qui est le royaume de l'altérité dans lequel on
ne pénètre pas. »

B. Dryepontd, orthophoniste et clown thérapeute.

B. La démarche

Quel " clown " je vous propose de rencontrer ?

Ni le clown de cirque, ni le clown de spectacle, ni le clown qui doit faire rire,
NON ! Mais, cette part de vous-même, d'enfant libre, en ouverture avec la
spontanéité de l'enfant et la conscience de l'adulte.

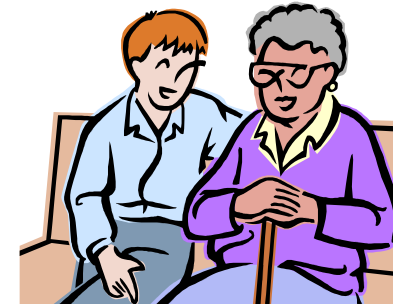
S'approcher du clown « Auguste » pour se réapproprier son enfance et
toucher à ce qu'il y a de plus vivant en nous en goûtant la vie au jour le jour.

Le clown n'explique RIEN ! Il vit. Il a le mot de passe pour une infinité de
passages secrets entre la réalité et le rêve, le ciel et la terre, l'ange et la bête, la vie
et la mort, pour reconnecter l'enfant en nous, qui nourrit nos envies. Il se laisse
surprendre et s'empare du plus petit évènement pour construire son aventure de vie
dans l'instant.

Cette démarche nous invite à développer la conscience, à nourrir l'intelligence
du corps et l'ouverture du cœur.

" Le clown est un véritable philosophe car il témoigne
d'une ouverture d'esprit, d'une justesse d'appréciation, d'une
mesure dans la folie, d'une spontanéité enfantine, d'une
grande sensibilité, d'une profonde réflexion."
P. Etaix., graphiste, photographe et réalisateur comique.

Communication avec les personnes âgées en institution



Livret d'information à destination des bénévoles
intervenant pour l'animation en établissements d'accueil pour
personnes âgées

Sommaire

Introduction	p. 5
La communication	p. 7
La communication verbale	p. 7
La communication non-verbale	p. 8
Les Personnes Agées institutionnalisées : rencontrées et conseils d'adaptation	pathologies p. 9
Les Aphasies	p. 9
Quelques conseils en situation	p. 10
Les Troubles de l'Audition	p. 11
Quelques conseils en situation	p. 12
Les Démences (Maladie d'Alzheimer)	p. 12
Quelques conseils en situation	p. 13
Les Troubles de la Vision	p. 14
Quelques conseils en situation	p. 15
Et l'orthophoniste, dans tout ça ?	p. 17
Compétences auprès des adultes âgés	p. 17
Démarches à suivre	p. 18

Propositions d'animations pour stimuler la communication	p. 19
Ateliers d'écriture	p. 19
Portfolio	p. 20
Cinq sens	p. 21
Revue de presse	p. 21
Mime, jeux de rôle	p. 22
Jeux sur les mots	p. 22
Expression artistique	p. 23
Jeux de société	p. 23
Quelques livres intéressants	p. 27
Conclusion	p. 29



Introduction

Ce livret a été réalisé dans le cadre d'un mémoire d'orthophonie, en lien avec l'Association des Bénévoles de la Roselière, maison de retraite à Kunheim (Alsace). C'est au contact de cette association que s'est imposée l'idée qu'il y avait très peu d'information à disposition des bénévoles, malgré un grand intérêt de leur part porté à la communication.

Nous apporterons donc ici quelques informations théoriques sur la communication, sur le travail avec les personnes âgées, mais aussi des conseils pratiques d'adaptation en situation, des propositions d'animations intéressantes pour favoriser la communication, et un point sur le rôle de l'orthophoniste auprès des personnes âgées.

Par là, nous espérons vous apporter des pistes qui pourront vous être utiles dans votre communication avec les personnes âgées que vous rencontrez à l'occasion d'animations diverses.

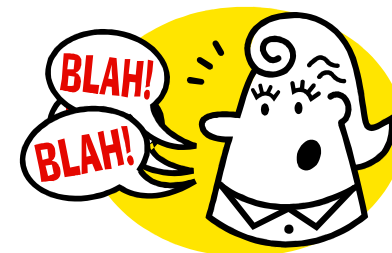


La communication

Sous le terme de communication, on retrouve la notion d'échange, le fait d'être à l'écoute de l'autre. En effet, communiquer, c'est échanger un message d'un locuteur à un interlocuteur. Mais il existe différentes manières de transmettre un message, différents modes de communication.

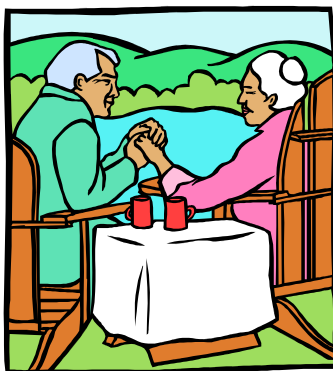
La communication verbale

Il s'agit de toute communication qui se transmet par un langage codé, qu'il soit oral, écrit ou gestué (langue des signes française par exemple).



La communication non-verbale

Ici, le message est transmis sans langage codé. La communication passe par le regard, par les intonations, par les mimiques, par les gestes, par la posture, par la proxémique (distance entre les interlocuteurs). De plus, les messages peuvent également être transmis par les arts, par la musique, par les couleurs, par les odeurs...



Les Personnes Agées institutionnalisées : pathologies rencontrées et conseils d'adaptation

Dans les établissements d'accueil pour personnes âgées, on rencontre souvent des personnes âgées dépendantes, qui présentent certaines pathologies qu'il est important de connaître afin de pouvoir adapter nos attitudes face à ces personnes malades. Nous allons donc décrire rapidement ici les plus fréquentes et donner quelques conseils pratiques permettant de favoriser au maximum la communication avec ces personnes.

Les Aphasies



Il s'agit d'un trouble du langage qui apparaît chez les personnes atteintes de problèmes cérébraux d'origines variées (Accidents Vasculaires Cérébraux (AVC), traumatismes crâniens, maladies neuro-dégénératives). On retrouve différents types d'aphasie : les aphasies fluentes (abondance de paroles qui n'ont pas forcément de sens, troubles de la compréhension, parfois manque de conscience des troubles), les aphasies non-fluents (langage extrêmement réduit, troubles de l'articulation, peu de troubles de la compréhension). Ces différents troubles apparaissent à des degrés différents selon les personnes, et peuvent toucher l'expression orale, la compréhension orale, l'expression écrite

et/ou la compréhension écrite. Lorsqu'il s'agit de troubles dus à des AVC ou des traumatismes crâniens, on peut espérer une évolution favorable des troubles, surtout s'ils sont pris en charge par une rééducation orthophonique. Cependant, lorsqu'il s'agit de troubles liés à une maladie neuro-dégénérative, les difficultés vont souvent en grandissant. Il faudra donc aider la personne à utiliser au maximum ses capacités restantes.

Quelques conseils en situation...

Au cours des échanges que l'on peut avoir avec ces personnes, il est important de :

- rester calme, bienveillant ;
- ne pas crier : même si elle ne répond pas, cela ne veut pas dire que la personne est sourde ;
- parler lentement pour qu'elle entende bien et comprenne ce qu'on dit, ne pas hésiter à reformuler, répéter ;
- parler avec des phrases courtes et simples ;
- utiliser des gestes, des mimiques ;
- parler à la personne et non pas parler d'elle en sa présence ;
- ne pas infantiliser la personne : elle reste un adulte, malgré ses difficultés de langage ;

- lui laisser le temps de réagir avant de proposer des réponses aux questions ;
- utiliser le chant ou des automatismes (comptage, proverbes...) pour permettre à la personne de produire quelque chose ;
- dans les cas de réduction importante du langage, ne pas hésiter à utiliser le langage écrit (ardoise ou cahier), ou un tableau de communication, comportant des images, des dessins, des photos.

Les Troubles de l'Audition



Il en existe plusieurs causes, mais la plus fréquente chez les personnes âgées reste la presbycusie (baisse de l'audition due au vieillissement). Les premiers signes de gêne auditive sont visibles par l'augmentation du volume de la télévision, un retrait social, des difficultés à suivre une conversation en groupe, une augmentation du volume de la voix. Dans ces cas, il convient d'en parler au médecin, qui pourra orienter la personne vers un spécialiste. Celui-ci réalisera un audiogramme pour connaître le degré de perte auditive. Après cela, on proposera ou non un appareillage adapté à la personne. Mais l'appareillage ne rend pas à la personne son audition antérieure, elle a besoin de temps pour s'adapter à cette nouvelle audition, et c'est pourquoi il est important d'adapter nos comportements lorsque nous communiquons avec les personnes mal-entendantes.

Quelques conseils en situation...

- Privilégier une ambiance calme ;
- Parler lentement et assez fort ;
- Utiliser des gestes ;
- Se mettre face à la personne, en ayant le visage bien éclairé, de manière à ce que la personne puisse s'aider de vos lèvres, de vos mimiques, de vos gestes ;
- Ne pas hésiter à répéter, reformuler en utilisant des synonymes ;
- Ne pas hésiter à utiliser l'écrit (ardoise, cahier...) si nécessaire.

Les Démences

Les démences sont des maladies dégénératives, et donc irréversibles. La plus fréquente d'entre elles est la Maladie d'Alzheimer. Elle se caractérise par une aphasie (perte du langage), une apraxie (perte du savoir-faire) et une agnosie (perte des perceptions). Les troubles du langage touchent l'usage et le sens des mots (retrouver les mots et leur sens), et s'accompagnent souvent de difficultés de compréhension. Pour échanger avec ces personnes, on va donc utiliser tous leurs autres modes de communication (langage non verbal, pictogrammes, gestes, attitudes, intonations...).

La Maladie d'Alzheimer entraîne également des troubles de la mémoire : retenir des informations nouvelles, restituer des informations apprises... Les souvenirs et affects de la vie

passée sont ceux que la personne retient le plus longtemps au cours de l'évolution de la maladie. Il sera donc intéressant de les stimuler au maximum. Pour aider la personne, on peut utiliser des aide-mémoires externes (listes, agenda, calendriers, plannings, alarmes, post-it...). On va aider la personne au maximum dans la réalisation de ses tâches quotidiennes, mais on ne va pas faire à sa place.

Des troubles du comportement apparaissent également au cours de l'évolution de la maladie. Il est important de savoir que certains sont inhérents à la pathologie (perte de l'entrain, déambulation, insensibilité, désinhibition, changements d'humeur), et que d'autres sont réactionnels (cause à rechercher dans des circonstances extérieures à la maladie). Il faut garder à l'esprit que la colère, l'angoisse, les questionnements incessants qui peuvent survenir chez ces personnes n'ont rien à voir avec nous, c'est une expression de la maladie.



Quelques conseils en situation...

En règle générale, il est important, lorsqu'on interagit avec des personnes démentes, de penser à :

- rester patient et tolérant ;

- rendre l'environnement rassurant ;
- établir le contact par le regard, le toucher, les gestes ;
- parler en phrases courtes et simples ;
- poser des questions à choix limités ;
- répéter, reformuler ;
- ne pas contrarier la personne dans ses « délires », cela risquerait de les renforcer davantage. Il est préférable de rassurer la personne, de l'orienter vers autre chose, de lui demander pourquoi elle désire faire cela par exemple ;
- Toujours garder du respect, de la bienveillance et de l'empathie.

Les Troubles de la Vision



Là aussi, il existe différentes causes à la malvoyance chez les personnes âgées (presbytie, cataracte, dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA), glaucome, déchirure ou décollement de la rétine, troubles neuro-visuels). Dans tous les cas, ces troubles entraînent des difficultés dans la vie quotidienne : disparition d'une partie de l'espace, incapacités pour les actes de la vie quotidienne, difficultés pour communiquer, désinvestissement social.

Ce type de difficultés nécessite une consultation médicale, qui permettra l'adaptation adéquate du traitement (traitement chirurgical, traitement médical, port de lunettes

adaptées à la vision). Cependant, malgré des traitements adaptés, il est nécessaire d'adapter nos comportements lors des interactions que nous pouvons avoir avec les personnes âgées.

Quelques conseils en situation...

- parler à la personne, verbaliser ce qu'on fait, ce qu'on voit... ;
- la prévenir quand on arrive près d'elle, quand on lui parle, quand on la quitte (en la touchant, en lui parlant) ;
- lui donner le bras pour l'aider à se diriger (plutôt que de la tirer par la main) ;
- veiller à avoir un éclairage suffisant, pour pouvoir utiliser au maximum la vision résiduelle ;
- garder la disposition des choses (meubles, objets...), et prévenir la personne si on est obligé de la modifier.

Il est possible également d'utiliser des objets adaptés : loupe de lecture, journaux ou livres à grands caractères, jeux de carte agrandis....

Et l'orthophoniste, dans tout ça ?

Compétences auprès des adultes âgés

Les compétences de l'orthophoniste sont multiples, tant auprès des enfants que des adolescents, des adultes et des personnes âgées.

Auprès des personnes âgées, l'orthophoniste intervient surtout dans les suites d'accidents vasculaires cérébraux, dans le cadre de maladies neuro-dégénératives, dans le cadre de la cancérologie oto-rhino-laryngologique et dans les surdités acquises. Il travaille avec le patient sur la communication, le langage, la parole, mais aussi la déglutition, dans des objectifs, selon les cas :

- De rétablissement : récupération de la fonction comme avant ;
- De réorganisation : récupération de la fonction, mais d'une autre manière ;
- De facilitation : trouver des moyens de facilitation efficaces pour le patient (auto-ébauche, épellation...);
- De compensation : utilisation d'autres moyens pour faire (tableau de communication composé d'images, gestes...).



Ces descriptions restent très générales : chaque personne présente sa propre manifestation de la maladie, les difficultés apparaîtront à des degrés divers (de l'absence de difficulté à une difficulté majeure). Il est donc important de s'adapter aux capacités et aux difficultés de chacun, et pas seulement à la maladie.

Démarches à suivre

L'orthophonie étant une profession paramédicale, elle nécessite une prescription médicale. Cette dernière consistera en un bilan orthophonique, avec rééducation si nécessaire. En effet, toute prise en charge orthophonique commence par un bilan, sorte d'état des lieux des difficultés et des capacités de la personne rencontrée. C'est sur les conclusions de ce bilan que vont se baser les séances de rééducation qui suivront. Différentes techniques de rééducation sont mises en œuvre selon les pathologies rencontrées, mais l'orthophoniste va toujours s'adapter à chaque patient (capacités, difficultés, besoins, centres d'intérêt).



Propositions d'animations pour stimuler la communication

Ateliers d'écriture



On peut proposer à des groupes de personnes âgées des ateliers de production d'écrit. Cela permet de stimuler la mémoire, l'accès aux mots. Par là, on permet également aux personnes participantes d'être valorisées dans leur expression, dans leur créativité, et d'exprimer leurs émotions à travers l'écriture. On peut proposer différentes manières d'expression écrite aux participants :

- Mots cachés : on constitue de petits groupes de personnes, qui proposent chacun un mot pour constituer une phrase, sans connaître les autres mots proposés (sur le principe du cadavre exquis).
- Métaphores : on va constituer un petit texte, à partir d'une phrase, et en trouvant des comparaisons. Par exemple : l'oiseau s'est envolé comme une fusée. Et ainsi de suite, on peut reprendre le dernier mot pour reformer une autre phrase.
- Tautogramme : on constitue une phrase avec des mots qui commencent par la même lettre. On peut commencer par chercher en groupe le maximum de mots commençant par une lettre

donnée, pour ensuite constituer les phrases ensemble. Par exemple : une absurde abeille s'abêtit sur l'abat-jour.

- Mots rimés : en groupe, on donne un thème et on recherche le maximum de mots qui s'y rapportent. Parmi ces mots, on garde ceux qui riment, pour pouvoir ensuite constituer un poème (le temps qui passe, nous dépasse...).

Dans tous les cas présentés ici, c'est l'animateur qui va noter les mots proposés par les participants. Il est important de valoriser tous les mots donnés par les participants, même s'ils peuvent parfois nous paraître fantaisistes ! La fantaisie fait partie intégrante de la créativité.

Portfolio



Il peut être intéressant avec les personnes âgées d'utiliser des photographies, des images, des dessins, des tableaux, pour leur permettre de s'exprimer sur certains sujets. L'utilisation des images permet de favoriser l'expression de sentiments. On peut faire passer une image, une photographie dans le groupe, en demandant à chacun de s'exprimer dessus. On va solliciter les personnes qui ne disent rien en leur posant des questions (lien avec leur vécu, souvenirs évoqués par l'image...).

Cinq sens



La reconnaissance d'odeurs, par exemple, permet de stimuler la mémoire, de maintenir la mémoire olfactive, de favoriser l'expression et la communication. On va pouvoir utiliser des essences, des feuilles de thé, de menthe, du café, des épices.... On va faire deviner l'odeur aux participants. Souvent, les odeurs apportent des souvenirs, que chacun va pouvoir exprimer. De plus, l'odorat et le goût sont très liés, et le fait de retrouver l'odorat permet également de retrouver le goût à la nourriture.



Revue de presse

En institution, il peut être intéressant, pour permettre aux personnes institutionnalisées de garder une ouverture sociale sur l'extérieur, de faire des revues de presse avec eux, c'est-à-dire de lire les gros titres du journal, de survoler les articles. A chaque article, on demande l'avis des participants, et, s'ils en font la demande, on lit l'article en profondeur. Souvent, les personnes âgées s'intéressent aux informations locales (manifestations, politique, faits divers, nécrologie), mais moins aux informations nationales ou internationales.



Mime, jeux de rôle

L'utilisation de mimes et de jeux de rôle permet aux personnes de s'exprimer par d'autres moyens que le langage, et de les mettre en mouvement. On va proposer aux participants de s'installer en cercle, de manière à former un espace scénique au centre du cercle. On demande des volontaires pour faire deviner un métier, une chanson, une histoire de leur choix aux autres participants. Au fur et à mesure, on pourra faire participer tout le monde, en constituant de petites pièces de théâtre.



Jeux sur les mots

On peut proposer des jeux de pendu, de scrabble en groupe : on affiche le mot à rechercher sur un tableau et on demande aux participants de poser des questions ou de proposer des lettres pour découvrir le mot recherché. Cela permet de stimuler la mémoire et l'accès aux mots.

Les charades et rébus peuvent également être intéressants à utiliser. Ici, on joue sur le sens et sur la forme des mots.

Enfin, les mots-valises (mots constitués par l'amalgame de la partie initiale d'un mot et de la partie finale d'un autre, comme *franglais* par exemple) sont également intéressants : on peut chercher à découvrir leur sens. Cela nous permet de faire appel au sens des mots qui constituent les mots-valises, et donc de stimuler l'accès aux mots et à leur

sens. De plus, cela apporte beaucoup d'humour (mamyfestation, aspronaute...).

Expression artistique



L'expression artistique permet aux personnes âgées d'exprimer leur ressenti, leurs sentiments par un autre vecteur que le langage : dessin, peinture, collage... On peut utiliser tout type de matériau : bois, papier, magazines, gouaches, peinture à l'huile, crayons, feutres, stylos... L'expression peut se faire en copie, ou en expression libre. L'animateur pourra donner quelques indications d'éléments (du vert pour un champ par exemple).



Jeux de société

Les jeux de société (cartes, jeux de plateau) sont également un moyen intéressant à utiliser pour communiquer avec les personnes âgées institutionnalisées. Il s'agit souvent de jeux qu'elles ont connus dans leur jeunesse, et cela apporte une dimension ludique à un échange à plusieurs.



Lorsque l'on propose ces différentes animations (et d'autres encore), il est important de toujours garder à l'esprit que, malgré leurs déficits éventuels, malgré des attitudes qui peuvent parfois nous faire penser à celles de jeunes enfants, les personnes âgées restent des personnes adultes qui ont toute une histoire de vie derrière elles.

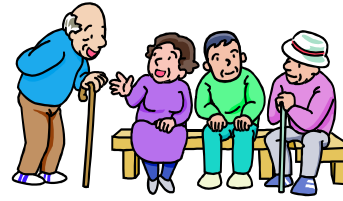
Quelques livres intéressants...

- ❖ Vivre l'animation auprès des personnes âgées, N. Lairez-Sosiewicz (2008), Lyon : Chronique Sociale
 - Ce livre décrit l'accueil en institution, la place de l'animateur, son rôle, et propose diverses animations.

- ❖ Imaginer et réaliser, la marmite des professionnels en gériatrie, N. Lairez-Sosiewicz (2006), Lyon : Chronique Sociale
 - Ce livre se propose de nous aider à développer notre imagination, et donne également diverses propositions d'animations.

- ❖ Communiquer avec les personnes âgées, Guide pratique, B. Orellana-Gélain (2007), Paris : L'Harmattan
 - Ce livre propose de nombreux conseils pratiques, explications sur les pathologies que peuvent présenter les personnes âgées et sur les difficultés que l'on peut rencontrer avec elles.





Conclusion

Les maîtres-mots, dans toute relation avec une personne âgée dépendante est l'adaptation et la communication : adaptation aux capacités et aux difficultés de chaque personne, mais aussi à son histoire, à ses désirs et à ses besoins, communication par toutes les modalités possibles (langage, mais aussi gestes, impressions, ressenti, mimiques...). Pour cela, il est important de connaître la personne avec laquelle on interagit. C'est par là, et par quelques attitudes simples, que l'on va pouvoir favoriser la communication des personnes âgées en institution.



Ce livret est mis à disposition de l'Association des Bénévoles de la Roselière, en remerciement de l'aide précieuse que ses membres ont apportée à son élaboration et à la réalisation du mémoire d'orthophonie dans le cadre duquel il a vu le jour.

REBERT Aline (2010), Animation et communication avec les personnes âgées, Mémoire d'orthophonie, Université de Nancy I

La musique pour favoriser la communication



Selon plusieurs études, la mémoire musicale serait celle qui est conservée le plus longtemps au cours de l'évolution des démences et autres maladies neuro-dégénératives. Il est donc intéressant d'utiliser la musique dans ces cas, pour favoriser les rappels mémoriels, mais aussi la communication. Il est également intéressant de l'utiliser dans d'autres cas : pour déclencher des productions vocales dans les cas d'aphasie, dans des ateliers musicaux pour stimuler les échanges verbaux et non-verbaux.

Deux manières d'utiliser la musique

En réception



C'est l'écoute musicale. On l'utilise surtout pour évoquer des souvenirs. Cela permet d'entamer des discussions sur ces sujets (communication verbale).

En production

Il s'agit ici de faire de la musique au sens large : chant, jeux rythmiques, jeux sur des instruments (collectifs ou individuels), dialogues mélodiques (communication verbale et non-verbale). Ici, cela nous permet de stimuler l'expression et la communication par d'autres modes que le langage verbal.



Quelques animations possibles...

Ecoute

L'écoute musicale permet un moment de détente et de calme, tout en associant l'évocation de souvenirs, d'émotions. Souvent, il n'est pas nécessaire de poser des questions après l'écoute, les souvenirs resurgissent d'eux-mêmes, et il est intéressant de laisser la liberté aux participants de les exprimer et de les partager ou non.

Evocation

Ici, on utilise également l'écoute musicale (œuvres musicales, mais aussi bruits, sons de percussions...), mais en demandant spécifiquement aux participants de nous dire à quoi ce qu'ils entendent leur fait penser (situation, souvenir, animal...). Lorsqu'on utilise des percussions, on peut demander aux participants de jouer eux-mêmes. Il est important d'accepter toutes les idées données, même si elles diffèrent des nôtres. Ce sont des idées propres à chacun...



Illustration d'histoires

Après l'évocation, il peut être intéressant de créer des histoires avec les participants, et de les illustrer avec les bruits, les percussions, selon les idées associées à chaque son. Ce sont les participants qui vont créer les histoires et les illustrer eux-mêmes (ils jouent des percussions). Cela leur permet de s'exprimer autrement que par le langage.

Lotos sonores

Les lotos sonores sont également intéressants à proposer. Cela permet de stimuler la reconnaissance des sons, des bruits, des images. Là aussi, les bruits entendus permettent d'évoquer des souvenirs, des émotions vécues. Parfois, on peut être étonné de voir avec quelle aisance les

mots reviennent aux personnes, même lorsqu'elles souffrent de manques du mot ou de démences, lors des écoutes de bruits.



Description des émotions

Lors des écoutes musicales, il peut être intéressant également de rechercher avec le groupe des adjectifs permettant de décrire les émotions que nous pouvons ressentir en écoutant de la musique (calme/agitation, joie/tristesse...), avant de passer à l'écoute proprement dite. Ensuite, nous définirons les adjectifs en lien avec la pièce entendue. Cela permet de stimuler l'évocation des adjectifs, mais aussi d'objectiver les émotions ressenties.

Production

Avec les personnes démentes ou qui sont en grandes difficultés de langage, il peut être intéressant de leur proposer simplement des percussions, ou d'autres instruments aisément manipulables (flûtes, xylophones, claviers). On peut faire des jeux de rythmes (l'animateur propose un rythme que les participants reproduisent), des dialogues rythmiques (les participants communiquent par phrases rythmiques).